

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Projeto de Intervenção Comunitária "Baleizão-ALDEIA AMIGA DAS PESSOAS IDOSAS"



Realizado por: Luís Rosa

Orientado por: Prof. Manuela Pereira

Beja 2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA:

**“Baleizão-ALDEIA AMIGA
DAS PESSOAS IDOSAS”**

Projeto realizado no âmbito do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária,
apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Elaborado por:

Luís Manuel Pereira Rosa

Orientado por:

Professora Coordenadora Maria Manuela Narciso Pereira

Beja

Ano 2012

RESUMO

O projeto que realizámos: “Baleizão – Aldeia amiga das pessoas idosas”, tem como inspiração o “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas” (2009). Pretendemos construir um projeto de intervenção comunitária em função das necessidades identificadas no “Diagnóstico de Saúde” efetuado na localidade de Baleizão (2010), definindo estratégias de forma a motivar o envolvimento da comunidade na construção deste projeto de saúde, uma vez que a intervenção comunitária tem como finalidade a resolução de problemas e a promoção das potencialidades de uma comunidade através de uma ação concertada entre vários agentes e a própria comunidade local, favorecendo assim a proximidade e implicando a comunidade na tomada de decisão e desenvolvimento de atividades orientadas para a obtenção de ganhos em saúde. É portanto um projeto de parcerias.

O objetivo do projeto é estimular o envelhecimento ativo, através da criação de condições de saúde, participação e segurança, que proporcionem apoio e capacitação, reforçando a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento, ao criar ambientes urbanos que permitam que as pessoas idosas se mantenham ativas, gozem de saúde e continuem a participar na vida social da sua comunidade.

A abordagem ao projeto deve ser envolvente de forma a fomentar a participação ativa dos idosos em todo o seu processo, recolhendo opiniões acerca dos problemas manifestados pelos mesmos: que problemas existem? O que pode ser feito para melhorar? Aproveitando acima de tudo a vastíssima experiência e sabedoria que os idosos detêm, fornecendo sugestões de mudança na implementação do projeto.

Existem cinco **áreas de intervenção** que considerámos importantes desenvolver: **Espaços exteriores e edifícios** (ambiente limpo, acessibilidade, zonas de descanso,...); **Participação social** (fomentar a integração na comunidade,...); **Apoio Comunitário e serviços de saúde** (oferta, adaptada aos idosos, ...); **Respeito e inclusão social** (partilha nas escolas, reconhecimento pela comunidade, inclusão económica,...); **Habitação** (modificações segundo o grau de dependência).

Palavras-chave: cidades amigas, cidades saudáveis, idoso, envelhecimento ativo, projeto, saúde comunitária, cuidados de saúde primários.

SUMMARY

The project we chose "Baleizão - Village elderly-friendly", is inspired by the "Global Age-Friendly Cities: a guide" (2009). We want to build a community intervention project to the needs identified in the "Diagnostic Health" made in the Village of Baleizão (2010), defining strategies to motivate community involvement in the construction of this health project, since the Community intervention aims at solving problems and promoting the potential of a community by concerted action among several agents and the local community, thereby implying the closeness and the community in decision making and development activities aimed at obtaining gains health. It is therefore proposed a partnership.

The project aim is to encourage active aging through the creation of health, participation and security, to provide support and training, improving the quality of life during the aging process, to create urban environments that allow the elderly to remain active, in good health and continue to participate in social life of their community.

The approach to the project should be engaging in order to encourage the active participation of the elderly throughout the process, gathering opinions about the problems expressed by the same: what problems are there? What can be done to improve? Taking advantage above all the vast experience and wisdom that the elderly hold, providing suggestions for change in project implementation.

There are five areas of intervention that we consider important to develop: outdoor spaces and buildings (clean environment, accessibility, rest areas, ...) Social participation (promoting community integration, ...) Community support and health services (supply, adapted to elderly, ...), Respect and social inclusion (sharing in schools, community recognition, including economic, ...) Housing (modifications according to the degree of dependence).

Keywords: friendly cities, healthy cities, elderly, active aging, project, community health, primary health care

SIGLAS

ACESBA – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

C.L.A.S.R.S.B. – Conselho Local de Acção Social – Rede Social de Beja

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

WBS – Work Breakdown Structure

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

SAI – Serviço de Apoio a Idosos

SAPE – Sistema de apoio á prática de enfermagem

SM – Síndrome Metabólica

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

UNRIC – Centro Regional de Informação das Nações Unidas

VIDA - Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Activo

ÍNDICE

(Fl.)

0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	10
1 – <u>PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA BALEIZÃO ALDEIA AMIGA</u> <u>DAS PESSOAS IDOSAS</u>	15
1.1 – <u>PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO</u>	15
1.1.1 – <u>Caraterização da População</u>	17
1.2 – <u>OBJETIVO</u>	22
1.3 – <u>ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA</u>	22
1.4 – <u>DESENHO DO PROJETO</u>	34
1.4.1 – <u>Caraterização da freguesia</u>	38
1.4.2 – <u>Finalidades e objetivos do projecto</u>	41
1.4.3 – <u>Área de influência</u>	44
1.4.4 – <u>Stakeholders</u>	45
1.4.5 – <u>Planeamento da execução</u>	45
1.4.5.1 – <u>Atividades a desenvolver</u>	45
1.4.5.2 – <u>Atividades desenvolvidas/em desenvolvimento</u>	46
1.4.6 – <u>Matriz funcional de responsabilidades</u>	54
1.4.7 – <u>Orçamento do projeto</u>	56
1.4.8 – <u>Avaliação do projeto</u>	56
1.5 – <u>LIMITAÇÕES</u>	57
1.6 – <u>QUESTÕES ÉTICAS</u>	58
1.7 – <u>IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES</u>	59
1.8 – <u>CONCLUSÃO</u>	62
1.9 – <u>BIBLIOGRAFIA</u>	64
 ANEXOS	 68
ANEXO I (Work Breakdown Structure)	69
ANEXO II (Diagrama de Gant)	71
ANEXO III (Acta de aprovação do projecto)	73
ANEXO IV (Cartaz de apresentação do projecto)	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 – Indivíduos com 65 e mais anos inscritos na extensão de saúde de Baleizão

Gráfico nº2 – Distribuição dos indivíduos com 65 e mais anos segundo a presença de tristeza, %

Gráfico nº3 – Distribuição dos indivíduos com 65 e mais anos segundo a existência de dependência e inatividade física e auto-avaliação do estado de saúde, comparada com os cinco anos anteriores, %

Gráfico nº4 – Distribuição dos indivíduos com 65 e mais anos segundo o Índice de Massa Corporal, por classe etária

Gráfico nº5 – Distribuição dos indivíduos com 65 e mais anos segundo a presença de queda

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração nº1 – Algoritmo de seleção dos utentes para a consulta de risco metabólico

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – Indicadores e metas

Quadro nº2 – Matriz funcional de responsabilidades

Quadro nº3 – Orçamento do projeto

0 – INTRODUÇÃO

É consensual a extrema importância que os cuidados de saúde primários detêm por todo o mundo, uma vez que qualquer país que oriente o seu sistema de saúde para uma boa rede de cuidados de saúde primários obtém, certamente, melhores resultados de saúde para as suas populações a custos mais baixos e com maior equidade.

A Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata, realizada em 1978, tornou-se um marco fundamental para o esforço de teorização internacional sobre os cuidados de saúde primários definindo a sua conceptualização e caracterização.

Nesta declaração é salientada a desigualdade enorme do estado de saúde das populações, desigualdade essa que é urgente amenizar através do envolvimento dos cuidados de saúde com outros setores da comunidade.

Os princípios de Alma-Ata continuam válidos nos dias de hoje, pois a promoção da saúde é influenciada pelas políticas de saúde que cada país adota, sendo que equidade e igualdade continuam a ser palavras de ordem que se traduzem em objetivos que dificilmente se atingem. Também em Portugal a extrema importância que detêm os cuidados de saúde primários tem sido reconhecida, os governos procuram cada vez mais organizar os cuidados de saúde orientados para uma boa rede de cuidados de saúde primários. Podemos mesmo afirmar que tendo em conta os conceitos de Alma-Ata, Portugal tem uma história de trinta anos de cuidados de saúde primários tendo sido os centros de saúde a estrutura organizativa desses cuidados.

Os cuidados de saúde primários...”são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham.” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008)

Embora o progresso da saúde seja uma realidade, as desigualdades no acesso aos cuidados ainda é grande e os ganhos em saúde continuam a não beneficiar a todos de igual forma, com o aumento substancial da esperança de vida foi necessário alterar o paradigma dos serviços de saúde centrados nos cuidados hospitalares e apostar na reformulação dos cuidados de saúde primários, Portugal é exemplo disso.

“Os cuidados de saúde primários são os cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente idóneas e socialmente aceitáveis, tornadas universalmente acessíveis para os indivíduos e as famílias da

comunidade através da sua participação integral, e a um custo acessível à comunidade e ao país.” (www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm) Abrangem todos os setores e serviços da sociedade que de alguma forma desempenham um papel na saúde das populações numa ideologia de envolvimento e de trabalho conjunto.

“Os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angústias, preferências ou necessidades...” (Sakellarides, 2003)

Existem quatro princípios para os cuidados de saúde primários: Serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis, ultrapassando barreiras financeiras e geográficas; participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde, capacitando e encorajando as populações a participar nas tomadas de decisões; abordagens intersectoriais à saúde; e tecnologia apropriada.

Os enfermeiros são o grupo de profissionais da saúde que mais têm contribuído para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, prestam cuidados em vários contextos aplicando os princípios fundamentais descritos anteriormente. “A enfermagem abrange o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, e em todos os ambientes.” (ICN, 1988)

O envelhecimento das populações associado ao aumento da esperança média de vida tem proporcionado alterações na morbilidade e mortalidade a nível mundial. O processo de transição demográfica, deve-se sobretudo aos avanços tecnológicos e científicos, as populações passaram a ter acesso a bens e serviços que melhoraram a sua qualidade de vida e aumentaram a sua longevidade. Se analisarmos a estrutura etária da população portuguesa verificamos que na faixa etária acima dos 65 anos a percentagem de residentes é de 17,4% contra os 23,4% na região Alentejo, também o índice de envelhecimento e de dependência da população são no Alentejo muito superiores à média nacional. (INE, 2009)

Todas estas alterações originam um aumento das doenças crónicas e outras perturbações associadas ao envelhecimento, que inevitavelmente implicam um aumento do investimento do poder central e local, essencialmente ao nível do setor da saúde e do setor social. A importância de um envelhecimento saudável está relacionada com a adaptação do idoso às alterações que a idade provoca, sendo necessário para isso a criação de condições de saúde, participação e segurança por parte da comunidade envolvente, contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade

de vida. O envelhecimento saudável é: “entendido como a capacidade de continuar a funcionar física, mental, social e economicamente a par com o processo gradual de senescência do corpo.” (Rodrigues, 2009, p. 34 citando Hansen-Kyle, 2005)

Como ponto de partida e de referência para o nosso projeto, baseámo-nos no diagnóstico de saúde efetuado às pessoas com 65 e mais anos da extensão de saúde de Baleizão realizado em 2010, no âmbito do I Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, durante o estágio de Enfermagem Comunitária I. Nesse diagnóstico foram identificados vários problemas (quedas, imobilidade, tristeza, isolamento social e risco de aumento da dependência) assim como as necessidades de intervenção em conformidade com os mesmos. Também do diagnóstico de saúde surgiram possíveis hipóteses de intervenção em diferentes áreas com o objetivo de contrariar os problemas identificados, algumas intervenções já se encontram ativas, no entanto existem áreas que pela sua abrangência necessitam de uma intervenção mais profunda com as várias entidades da região e obrigam a um planeamento próprio.

Há muitos anos que os vários governos de diversos países tentam encontrar soluções para a problemática do envelhecimento da população que normalmente é encarada negativamente. O Guia das “Cidades Amigas das Pessoas Idosas” (2009) desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) oferece soluções concretas onde são valorizados os contributos que os idosos podem dar à sociedade a que pertencem, considerando-os um recurso vital. O guia foi criado através de uma abordagem participativa, de baixo para cima, envolvendo as pessoas idosas na análise e discussão dos problemas da sua comunidade, tendo contado com a participação de 35 cidades de todos os continentes. Este guia considera que existem seis determinantes do envelhecimento ativo: económicos, sociais, ambiente físico, individuais, comportamentais e serviços sociais e de saúde; e oito áreas possíveis de intervenção: transportes, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde, espaços exteriores e edifícios.

A oportunidade de desenvolvimento de um Trabalho de Projeto, inspirado no guia das “Cidades Amigas das Pessoas Idosas” que pretendemos aplicar na comunidade de Baleizão, permite-nos intervir como enfermeiros comunitários, contribuindo assim para contrariar os vários problemas identificados, num projeto essencialmente de parcerias e com uma envolvimento total da população idosa desde a base, recolhendo opiniões e permitindo que estes se integrem no planeamento das atividades, opinando e aproveitando ao máximo a sua sabedoria. Por outro lado, aumentando a promoção das potencialidades da comunidade através de uma ação

concertada entre vários agentes e a própria comunidade local, favorecendo assim a proximidade e implicando a comunidade nas tomadas de decisão e desenvolvimento de atividades orientadas para a obtenção de ganhos em saúde.

O presente trabalho de projeto tem como objeto, o estudo do potencial que as pessoas idosas representam nas comunidades onde residem, através da implementação de um programa que estimule o envelhecimento ativo, está inserido no I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

A principal finalidade deste projeto é criar ambientes urbanos que permitam que as pessoas idosas se mantenham ativas, gozem de saúde e continuem a participar na vida social da sua comunidade.

As razões de escolha do tema: “Baleizão – Aldeia amiga das pessoas idosas”, prendem-se por isso com vários fatores: em primeiro lugar a inspiração que obtivemos do “Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, outro foi o diagnóstico de saúde efetuado em 2010, e por fim certamente, o percurso profissional em cuidados de saúde primários e o seguimento de estudos efetuados na área, aliado ao envolvimento e “presença” que o enfermeiro da equipa de saúde de Baleizão detém junto da comunidade local, mantendo com as várias entidades uma relação de estreita colaboração e participação nas atividades e projetos que requerem a participação da área da saúde. Analisando ainda o Plano de Atividades do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo (ACESBA) para o ano de 2010 verificam-se valores de incidências desfavoráveis relativas a vários problemas de saúde no Baixo Alentejo, sendo de destacar, os valores relativos ao índice de envelhecimento em Portugal e no Distrito de Beja, respetivamente de 113,6 e 177,1, assim como o índice de dependência dos idosos que se situa nos 25,9 em Portugal contra os 37 para o Distrito de Beja. É de realçar a importância que é atribuída a estes valores pois o programa de saúde do idoso, encontra-se incluído no eixo de intervenção prioritária do plano de atividades.

O trabalho encontra-se dividido em sete partes que julgamos importante realçar, no capítulo 1.1 fazemos referência à **problemática e justificação** do tema em questão tendo como referência alguns documentos, são exemplos o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, e o Plano Nacional de Saúde; no capítulo 1.2 traçamos o **objetivo** do projeto; no **enquadramento da problemática**, capítulo 1.3 fundamentamos teoricamente o tema dando alguns exemplos de cidades amigas dos idosos e apresentamos em pormenor o Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas; seguidamente o capítulo 1.4, **desenho do projeto**, apresenta o projeto em si: finalidades e objetivos, área de influência, stakeholders, planeamento da execução,

matriz funcional de responsabilidades, orçamento e avaliação do projeto; no capítulo 1.5 apresentamos as **limitações** com que nos deparamos; no 1.6 as **questões éticas** e finalmente no capítulo 1.7 debruçamo-nos sobre as **implicações/recomendações** do projeto ao nível da prática, formação e investigação.

1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA BALEIZÃO ALDEIA AMIGA DAS PESSOAS IDOSAS

1.1 – PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO

É fundamental criar condições que fomentem a autonomia e independência das pessoas idosas através da estimulação da participação ativa na promoção da sua própria saúde. A problemática do envelhecimento, que ninguém já questiona como uma tendência global do século XXI, é uma realidade que nos obriga a otimizar recursos e atuar, ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença. Segundo o Departamento das Nações Unidas para os Assuntos Económicos e Sociais, citado no Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (2009): *”O mundo está a envelhecer rapidamente: o número de pessoas idosas com mais de 60 anos, em termos de proporção da população global, aumentará de 11% em 2006 para 22% em 2050. Nessa altura, e pela primeira vez na história da humanidade, a população terá mais pessoas idosas do que crianças (com idades até aos 14 anos).”*

A longevidade que os progressos da ciência tem conseguido nas últimas décadas são reais, mas na maior parte das vezes são acompanhados de pouca qualidade de vida dos idosos, verificando-se frequentemente situações de muita fragilidade, tristeza, solidão e onde o respeito e inclusão social são ténues. Em Portugal e citando o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004, p.1) “...a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus...”, o que obriga a intervenções mais adequadas essencialmente ao nível da prevenção.

E é exactamente ao nível da prevenção que a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel preponderante como dinamizador e mobilizador das ações e intervenções a desenvolver junto das populações, servindo de “motor de arranque” junto dos vários pareceres da sociedade numa visão multidisciplinar e multisectorial, “...muitos dos factores determinantes da saúde das pessoas idosas...ultrapassam os limites da acção do sector específico da saúde, nomeadamente os relacionados com a segurança e inadaptação dos ambientes urbanos...” Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas (2004, p.11)

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI, 2004) foi elaborado com o objetivo de “obter ganhos em anos de vida com independência”, pretendendo “...contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo” e assenta em três pilares fundamentais: promoção de um envelhecimento ativo, uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades

específicas do idoso e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia do idoso.

Esta política enquadra-se perfeitamente na linha de ideias e objetivos que fazem parte do tema a que nos propomos desenvolver, pois reverte a responsabilidade pela promoção de um envelhecimento saudável para múltiplos sectores sociais, "...exigindo a sua intervenção e co-responsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas..." (PNSPI, 2004). Existem múltiplos determinantes, sociais, económicos, ambientais e outros que não são da responsabilidade do setor da saúde, sendo necessário o desenvolvimento de acções multisectoriais.

No relatório Saúde XXI - Programa Operacional da Saúde (2000) o eixo prioritário I – promover a saúde e prevenir a doença, visa: "Desenvolver projectos que contribuam para uma melhoria das condições ambientais, e, consequentemente, da qualidade de vida dos portugueses". Muitas vezes a oportunidade de desenvolver projetos é limitada pela carência de profissionais que são absorvidos pelos cuidados básicos, não nos podemos esquecer que em Portugal continua a existir carência de enfermeiros, sendo que países como a França ou Dinamarca têm o dobro de enfermeiros por habitante. Outro eixo do relatório Saúde XXI tem por objetivo promover novas parcerias contribuindo para a diminuição das desigualdades através de reformas estruturais, estimulando a constituição de parcerias e uma crescente participação do cidadão e das comunidades.

Quer o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 ou o novo plano para 2011/2016 atribuem uma grande relevância à centralidade do utente no sistema de saúde, devendo este assumir diversos papéis, como por exemplo o de consumidor, cuidador, doente, elemento de uma família e de uma comunidade distinta. No novo Plano Nacional de Saúde é também evidenciada a promoção da cidadania e de políticas saudáveis.

A Cidadania em saúde é considerada um aspecto particular da cidadania em geral. "Pressupõe que cada pessoa, qualquer que seja o papel e posição que tenha na sua cidade, assume activamente as regras reguladoras da convivência, da pertença, do envolvimento, do dar e do receber na sua relação com os outros, no contexto em que vive." (Cidadania e Saúde, 2010)

Nas últimas décadas assuntos como a cidadania têm despertado interesses governamentais e surgem cada vez mais programas e atividades com o objectivo de promover uma cidadania ativa em vários setores da sociedade. A promoção da saúde das comunidades obriga ao envolvimento de todos os setores da sociedade numa responsabilidade partilhada onde todos têm influência nos determinantes de saúde

(transportes, habitação, desenvolvimento social e outros), aumentando a coesão social, o desenvolvimento económico e reduzindo a exclusão social e a iniquidade.

Outra das referências que consideramos importante para a justificação e elaboração do nosso projeto, é o Plano de Atividades do ACESBA do ano de 2010 (Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo), e o respectivo plano de ação para 2011 que desenvolvem três eixos prioritários de atuação, sendo um deles a saúde do idoso, nesse âmbito é realçado uma abordagem ao isolamento e ao envelhecimento ativo “...a saúde do idoso que passará muito pela promoção de um envelhecimento activo...sendo fundamental desenvolver um trabalho de cooperação, em equipa multidisciplinar e articulação vertical de cuidados, recorrendo a parcerias com a comunidade” (ACESBA – Plano de Acção, 2011).

O Plano de Atividades do ACESBA do ano de 2010 classifica o programa de saúde do idoso como eixo de intervenção prioritária e reforça a ideia que “...as pessoas idosas sejam estimuladas a terem uma participação activa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência”.

Atualmente é essencial que o paradigma da abordagem ao utente pelos profissionais de saúde em termos curativos seja revista, em prol de uma atuação mais direcionada para a prevenção, mais adequada para responder às necessidades de um envelhecimento saudável e não só dando resposta aos episódios agudos de doença.

Por fim e com o mesmo grau de importância em termos de referência para o nosso projeto surge o “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”.

Nesta ideologia surge o diagnóstico de saúde dos indivíduos com 65 e mais anos da extensão de saúde de Baleizão realizado em 2010 e que serve de base para o atual projeto, deste diagnóstico emergem conclusões que reflectem problemas de saúde identificados e que merecem atenção redobrada, pois foi da análise destas conclusões que decidimos realizar o projeto em questão.

1.1.1 – Caraterização da População

Relativamente ao diagnóstico de saúde realizado, foi um estudo transversal, descritivo e observacional, centrado na descrição e compreensão da distribuição das perturbações de saúde nos indivíduos com 65 e mais anos inscritos na extensão de saúde de Baleizão. De acordo com Stone *et al* (1999, p.85) “este método proporciona uma descrição aprofundada da saúde da população, que é facilmente comunicável aos outros profissionais de saúde e aos leigos (...) fornece pistas importantes para as causas das doenças”.

A amostra do estudo foi aleatória, probabilística e estratificada, constituída por 94 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, para um total de 244 idosos, com um nível de significância de $\alpha=1\%$.

Ao efetuarmos a análise dos dados e as entrevistas realizadas aos informadores-chave deparámo-nos com algumas conclusões que confirmam o que em parte seria esperado pela equipa de saúde que desenvolve funções em Baleizão, cujos dados mais relevantes passamos a apresentar de forma sucinta:

É um grupo com uma atitude muito passiva, com uma relação fraca com os vizinhos e familiares (na sua maioria ausente), o que agrava as situações de isolamento, sofrimento e tristeza.

É uma população com uma taxa muito elevada de idosos com hipertensão, diabetes e obesidade, sendo que por exemplo a taxa de doentes diabéticos na população total é de 12%, mas acima dos 65 anos é de 27,05%.

O apoio domiciliário e o trabalho em equipa são pontos fortes do trabalho desenvolvido na comunidade, no entanto o tempo manifesta-se Insuficiente para melhorar a qualidade da prestação de cuidados, a pouca disponibilidade para a promoção e educação para a saúde às populações são os pontos fracos na área da saúde.

Da análise epidemiológica da população estudada, verifica-se que os indivíduos do sexo feminino representam a maior fatia chegando quase a atingir o dobro do sexo oposto, existindo mesmo uma diferença bastante significativa nas faixas etárias acima dos 85 anos, certamente um dos fatores que justificam tal facto está associado à esperança de vida que é superior no sexo feminino.

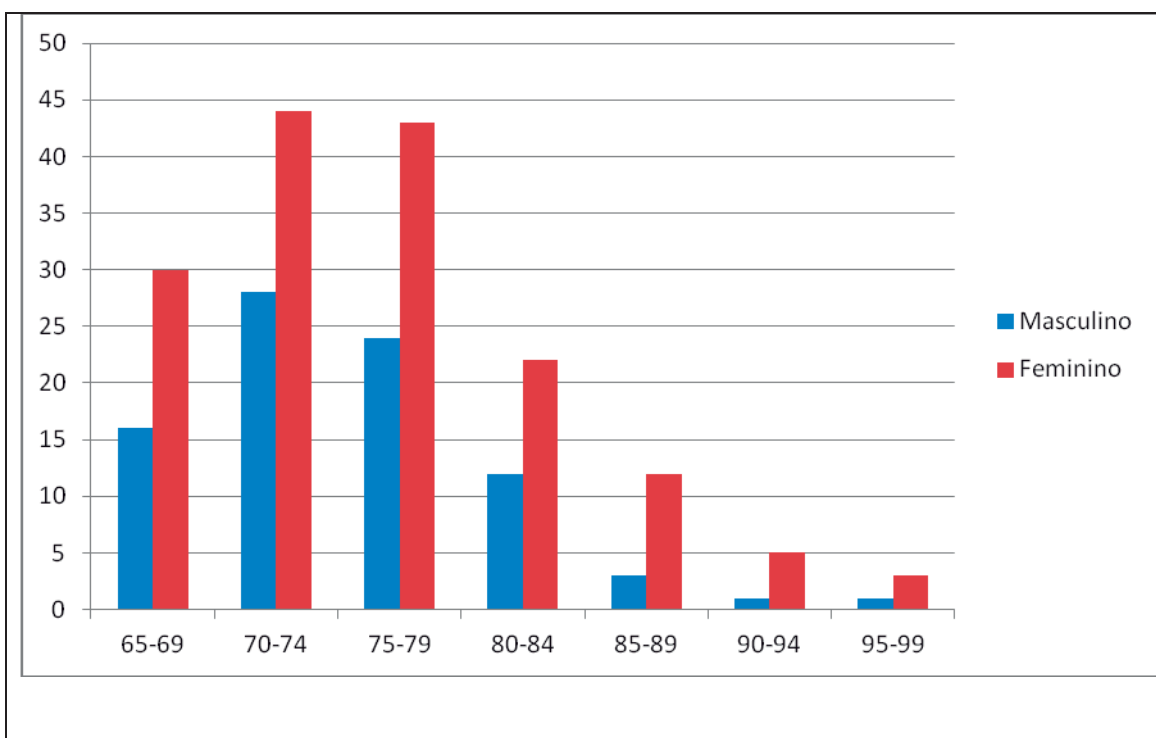


Gráfico nº 1 - Indivíduos com 65 e mais anos inscritos na extensão de saúde de Baleizão

Constatámos também que existe um maior risco de apresentar tristeza a quem vive sozinho, apresenta sentimento de solidão e quem contacta com familiares menos vezes do que gostaria. Esse risco é 2,64 vezes superior.

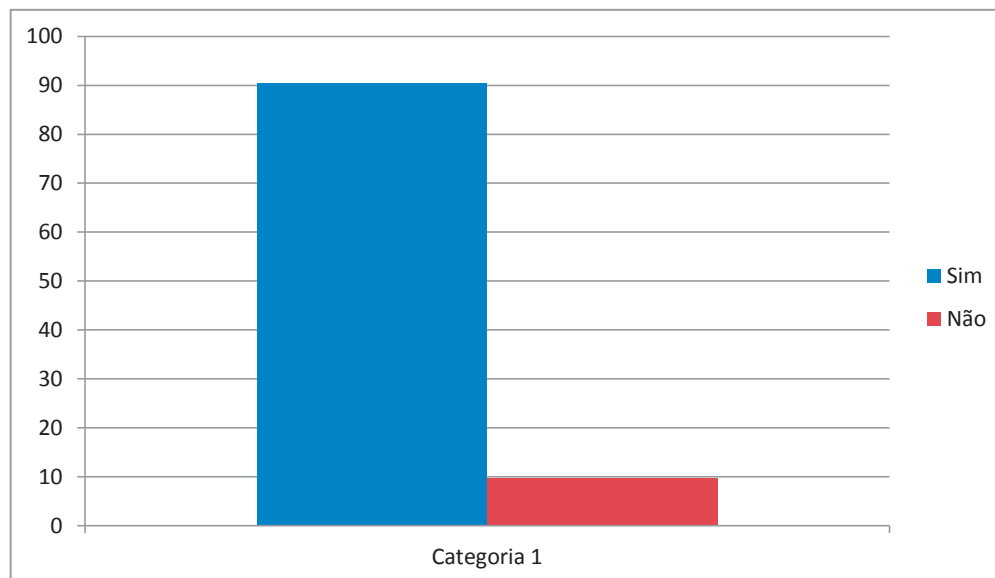


Gráfico nº 2 - Distribuição dos indivíduos com 65 e mais anos segundo a presença de tristeza (%)

Outro dado importante verificado, foi que os idosos com dependências e que não pratiquem atividade física, têm um risco relativo de 2,13, existindo o dobro da probabilidade para se sentirem pior na autoavaliação do estado de saúde comparada com os cinco anos anteriores, comparado com as que mantêm atividade física e não têm dependências, o que confirma que o envelhecimento ativo, é um bom promotor da saúde. Ainda em relação à inatividade física concluiu-se que existe um maior risco dos problemas de saúde interferirem negativamente na vida dos idosos que não mantenham atividade física.

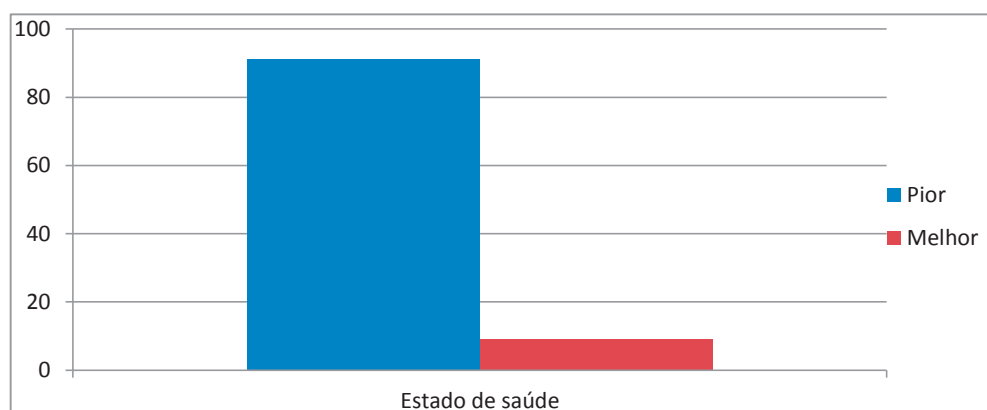


Gráfico nº 3 - Distribuição dos indivíduos com 65 e mais anos segundo a existência de dependência e inatividade física e autoavaliação do estado de saúde, comparada com os cinco anos anteriores (%)

Também foi estudado o índice de massa corporal (IMC), observa-se que à medida que a idade aumenta o IMC é mais baixo. Relativamente aos dados antropométricos decidiu-se ainda incluir como variável o Perímetro Abdominal, pois tem-se revelado uma das medidas mais importantes para a avaliação do risco cardiovascular e como Indicador do Risco Metabólico (IRM). O valor do perímetro abdominal indica o risco de se desenvolverem problemas de saúde associados à obesidade, como a “diabetes, doenças cardiovasculares, pressão sanguínea elevada.” (Direcção Geral da Saúde, 2010).

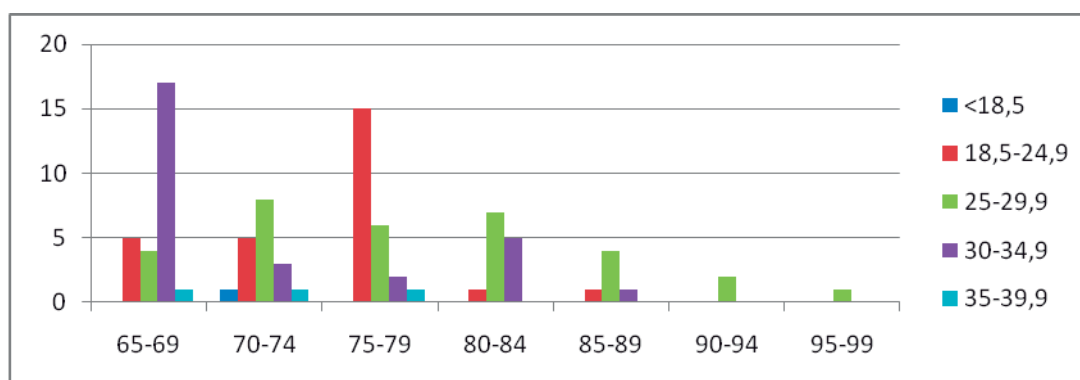


Gráfico nº 4 - Distribuição dos indivíduos com 65 e mais anos segundo o Índice de Massa Corporal, por classe etária

Achámos ainda importante referir os dados relativos à incidência de quedas na população do estudo, pois esta taxa situa-se nos 23,4%. Quase um quarto dos inquiridos caiu no último ano, na descrição da queda, 75% foi por terem escorregado e 25% por desequilíbrio, o local onde mais se caiu foi na rua, principalmente nos dias de chuva (72%).

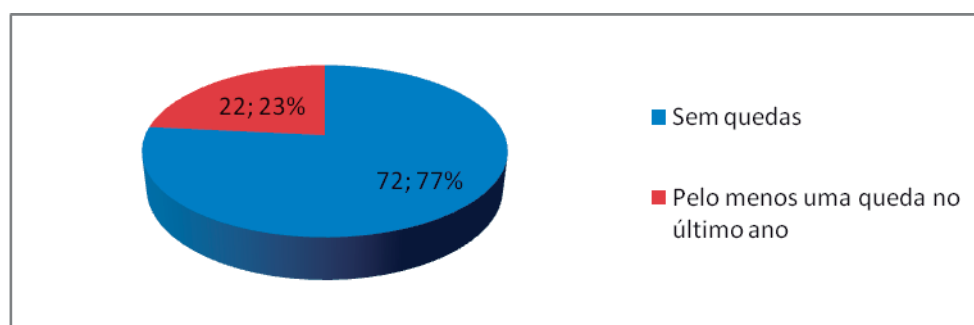


Gráfico nº 5 - Distribuição dos indivíduos com 65 e mais anos segundo a presença de queda

Verificou-se a existência de barreiras arquitetónicas nas moradias visitadas (85%) nomeadamente degraus devido ao declive acentuado do terreno em que as casas estão construídas e as próprias características geográficas da localidade, raramente existem rampas de acesso ou barras de apoio nas casas de banho.

Neste contexto e com base nos resultados do estudo desenvolvido, verificamos que existem necessidades em que é importante intervir, sendo de particular importância o desenvolvimento de uma intervenção integrada entre os vários setores da sociedade, para os quais podem ser os serviços de saúde os promotores no desenvolvimento de parcerias de modo a responder adequadamente às necessidades identificadas, promovendo atividades de promoção da saúde e bem-estar, com o objetivo de minimizar a imobilidade e prevenir e melhorar a incapacidade funcional, são exemplo o aumento do número de rastreios à população, a implementação de programas de atividade física adequados, a eliminação de barreiras arquitetónicas nos espaços da aldeia favoráveis às quedas e dificuldades na marcha, a implementação de um programa que estimule a habilidade manual e a motricidade fina.

Todas essas ações permitem diminuir os sintomas de vulnerabilidade emocional através do aumento da estimulação ambiental e dos contactos sociais, participando em atividades comunitárias, o que leva à diminuição do risco de isolamento social e diminui o risco de dependência da população idosa.

O envelhecimento não deve ser encarado como um problema, mas sim como uma fase natural do ciclo de vida, porém é um desafio que as sociedades enfrentam mas que necessita de ser olhado positivamente numa ação consertada, colectiva, com o objectivo de desenvolver o máximo de independência durante o maior espaço de tempo de vida.

A promoção de um envelhecimento ativo diz respeito a todos mas o enfermeiro tem demonstrado ser o profissional com mais aptidão para estabelecer uma interação mais benéfica, junto dos utentes, famílias e comunidades, talvez por ser um profissional de proximidade.

Uma localidade amiga das pessoas idosas estimula o envelhecimento ativo, criando condições de saúde, participação e segurança, adaptando as suas estruturas e serviços, melhorando assim a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, as pessoas idosas necessitam de viver em meios envolventes que lhes proporcionem apoio e capacitação, e são dependentes de determinantes económicos, sociais, individuais, comportamentais, ambientais e de saúde.

Este tipo de projeto deve ser iniciado de forma a fomentar a participação ativa dos idosos em todo o seu processo, recolhendo opiniões acerca dos problemas manifestados pelos mesmos: que problemas existem? O que pode ser feito para

melhorar? Aproveitando acima de tudo a vastíssima experiência e sabedoria que os idosos detêm, fornecendo sugestões de mudança.

1.2 - OBJETIVO

Estimular o envelhecimento ativo, através da criação de condições de saúde, participação e segurança, que proporcionem apoio e capacitação, reforçando a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

1.3 – ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Após pesquisa aprofundada sobre a problemática do processo de envelhecimento e da necessidade sentida em incentivar os idosos para manterem uma interação social ativa promovendo assim o envelhecimento ativo, que nos surgiu o “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”. Este guia enquadra-se na mesma ideologia da OMS (2002) ao definir o envelhecimento activo como “...o processo de optimização de condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”. Numa localidade amiga das pessoas idosas é possível envelhecer ativamente se existirem apoios dos serviços, políticas e comunidade envolvente, e se estas reconhecerem que os idosos representam um vasto recurso de conhecimentos e sabedoria, permitindo a sua inclusão na comunidade, respeitando as suas decisões e estilos de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde estão identificadas algumas características-chave de uma cidade amiga das pessoas idosas intervindo em oito áreas, onde se inclui os espaços exteriores e edifícios, Transporte, Habitação, Participação social, Respeito e inclusão social, Participação cívica e emprego, Comunicação e informação, e Apoio comunitário e serviços de saúde. Para John Beard, Diretor do Departamento Envelhecimento e Qualidade de Vida da OMS, “os governos, a todos os níveis, começam a aperceber-se da importância da transição demográfica. Há já alguns anos que se procuram soluções para o problema. O Programa da OMS «Cidades Amigas das Pessoas Idosas» oferece soluções concretas”. (UNRIC, 2006)

É de referir que a Organização Mundial de Saúde coordena uma “Rede Mundial de Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, o objetivo é proporcionar condições para que as cidades possam criar um ambiente urbano que permita que as pessoas

idosas mantenham a sua atividade, gozem de saúde e continuem a participar na vida social da sua comunidade.

Em Portugal, o Projeto Cidades é coordenado pela Associação VIDA (Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Activo) e co-financiado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian, tem como objetivo seguir o conceito da Organização Mundial de Saúde, identificando as características-chave através de uma lista de verificação, a todos os municípios portugueses aderentes. Qualquer município, associação com interesse na população sénior, instituição académica e pessoas interessadas em tornar as suas cidades mais amigas dos idosos se podem candidatar, sendo o processo de candidatura iniciado pela internet, muitos são os municípios aderentes que viram de bom agrado uma hipótese para a resolução de alguns problemas que por dificuldades de vária ordem não tem sido possível resolver.

Mas muitos são os projetos que visam contribuir para a alteração do panorama atual das localidades, que é desfavorável aos idosos em várias áreas como a mobilidade, habitação ou a inclusão social. Um deles é o projecto “Vencer o tempo nas 7 Cidades”, esta ideia surgiu em 2005, com a duração mínima de dois anos e é financiado pela Direcção Geral da Saúde, os municípios fundadores são: Angra do Heroísmo, Góis, Maia, Portimão, Póvoa de Lanhoso, Vila Nova de Foz Côa e Vila Real de Santo António, e trabalham em colaboração com sociólogos, arquitetos e uma equipa de psicólogos do Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona.

O projeto visa a qualificação e implementação de equipamentos para auxiliarem os idosos tornando-os mais participativos na vida da sua sociedade, mas também na formação de jovens e idosos no sentido de criar uma relação entre gerações que promovam o convívio e a partilha de saberes entre eles e com toda a sociedade.

A cidade da Maia também faz parte deste projeto e pretende encontrar soluções e promover atividades que contribuam para a melhoria da mobilidade e qualidade de vida dos idosos. Nesta ideologia alguns jovens aderiram a um projeto com o objetivo de promover as relações inter-geracionais, cada um tem a seu cargo um amigo sénior e vice-versa, o jovem deverá encontrar-se com o idoso quinzenalmente e realizarem atividades em conjunto. Este tipo de relação é importante para eliminar preconceitos permitindo aproximar gerações.

Ainda com o intuito de melhorar a mobilidade de todos os cidadãos com mobilidade reduzida, foram dadas indicações para a necessidade de se alterarem algumas situações, dando sugestões no sentido de efectuar correções em termos de acessibilidades.

Outro exemplo é a AGE,Platform Europe, que é uma rede a nível europeu composta por 165 organizações que representam os seniores na União Europeia e cujo objetivo é ser um “lobby” junto das instituições europeias para dar voz e promover os interesses de 150 milhões de pessoas com 50 anos ou mais na União Europeia e sensibilizar para as questões políticas relacionadas com o envelhecimento. A AGE,Platform Europe é baseada em sete áreas fundamentais: anti-discriminação, emprego e idade ativa, inclusão social, proteção social, saúde, acessibilidade e solidariedade entre gerações.

Também na cidade do Porto existe um projeto de intervenção que se denomina: “Integra e Ajuda na Cidade Amiga” com o apoio da Direção Geral da Saúde e que intervém em vários níveis: na saúde criando políticas que facilitem a qualidade de vida dos idosos, principalmente aqueles que são portadores de doenças crónicas; nos serviços de apoio promovendo a prática do exercício físico com o objetivo de estimular a mobilidade; na educação promovendo programas educativos e formativos; nas estruturas físicas recuperando estruturas e adaptando outras para as necessidades dos idosos, criando novos espaços; no mercado laboral permitindo que os idosos apliquem as suas competências e se sintam úteis.

Em Évora a câmara municipal patrocinou um workshop sobre as “Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, promovido pela Associação VIDA, contando com a participação dos municípios de Vila Viçosa, Alter do Chão, Mértola, Grândola, Palmela, Portalegre, Ponte de Sôr, e Elvas, mas também a Universidade de Évora e Instituto Politécnico de Portalegre. A temática foi considerada como muito importante no concelho uma vez que uma localidade amiga das pessoas idosas também é amiga da restante população, incluindo as pessoas com deficiência.

Em grandes metrópoles como é o caso da cidade de Nova Iorque o esforço em tornar as vias mais seguras para os peões e principalmente para os idosos e pessoas com mobilidade reduzida é enorme, os autocarros de crianças começaram a levar também idosos nas suas deslocações, o que facilitou muito o sentimento de segurança. Nova Iorque tornou-se uma cidade mais segura, e rica culturalmente tornando-se apetecível para os idosos, “A Fast-Paced City Tries to Be a Gentler Place to Grow Old”, é daquelas expressões que não se devem traduzir e que resumem a preocupação do município de Nova Iorque para com esta temática.

Ainda perto de nós, em Ferreira do Alentejo foi criado um Serviço de Apoio ao Idoso (SAI) que pretende apoiar e promover o reconhecimento dos direitos dos idosos e a sua dignidade humana. Para isso foram criados vários programas, o “Programa + saúde” com o objetivo de acompanhar o idoso nas suas deslocações aos serviços de saúde ou à farmácia; o “Programa Vida Activa” com o objectivo de complementar o anterior e que se direcciona mais para o incentivo ao exercício físico; o “Programa

Horizontes” que se destina à programação de visitas culturais e históricas programadas com os idosos; o “Programa Habitação” para tentar resolver algumas dificuldades em habitações mais degradadas; o “Banco Alimentar” que atua sobre as situações sinalizadas; O “Espaço Informativo” que é um espaço que se destina a divulgar os direitos dos idosos, nomeadamente os apoios e ajudas a que os idosos têm direito e que muitas vezes desconhecem. Todos estes programas têm um objectivo em comum, assegurar a intervenção das entidades responsáveis da região promovendo a segurança e a qualidade de vida dos idosos, através de atividades que fomentem a inclusão social.

De facto são inúmeros os projetos que existem e as localidades que se preocupam e desenvolvem atividades junto das populações idosas, em Portugal os exemplos já são muitos e os interesses das autarquias são reais, embora ainda não se assuma a necessidade de criar condições para os idosos como “normal” no plano de ordenamento e de intervenção, como exemplo disso podemos pensar que é inerente às autarquias e juntas de freguesia a construção de um parque infantil, mas não de um parque geriátrico, e muitas vezes construídos em localidades onde prevalece claramente uma faixa etária mais elevada, extremamente idosa.


O “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, é um exemplo claro da mudança de paradigma que se vê emergir em todo o mundo derivado do envelhecimento da população a que estamos a assistir. As sociedades ao tornarem-se mais amigas das pessoas idosas decerto que irão beneficiar do enorme conhecimento e saber que foi adquirido ao longo da vida, vivências com extremo potencial de aproveitamento para a humanidade. Esta é a finalidade do Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, que foi concebido em 2005 e desenvolvido por Alexandre Kalache e Louise Plouffe na sede da Organização Mundial de Saúde, que considera o envelhecimento um processo contínuo influenciado por diversos fatores que contribuem para a saúde, segurança e participação. Este guia contou com a participação de 35 cidades de todos os continentes incluindo países desenvolvidos e em desenvolvimento.

O guia cuja publicação portuguesa foi assegurada em Portugal pela Fundação Calouste Gulbenkian no ano de 2009, refere que o envelhecimento ativo depende de determinantes que de alguma forma influenciam o idoso: económicos, sociais, comportamentais, individuais, comportamento físico, serviços sociais e de saúde. Todos estes determinantes desempenham um papel muito importante no ciclo de vida e devem ser encarados como influenciadores do processo de envelhecimento, uma vez que uma localidade amiga das pessoas idosas capacita o idoso para ter mais mobilidade e diminuir o número de quedas ao reduzir obstáculos, ao aumentar a segurança permite que o nível de confiança das populações suba, ao desenvolver

atividades sociais fomenta a participação social, e com todas estas intervenções toda a população beneficia.

A abordagem participativa, de baixo para cima, permite o envolvimento dos idosos na análise e nas tomadas de decisão nas políticas das entidades representativas da região.

Segundo o “Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, existem oito áreas de intervenção a considerar numa localidade amiga das pessoas idosas:

 Espaços exteriores e edifícios: Passeios, ambiente limpo, acessibilidade, rampas, zonas de descanso, portas e passagens adequadas, ... O ambiente exterior exerce nas pessoas com dificuldades de mobilização uma importância fundamental, principalmente ao nível da acessibilidade e segurança que aumentam em muito a qualidade de vida.


A existência de um ambiente limpo e agradável onde a envolvência do espaço seja equilibrada, são fatores importantes a considerar para o idoso que na maior parte das vezes é reformado, e que atribui muito valor à calma e tranquilidade que um ambiente deste tipo proporciona nas suas vidas.

Por outro lado a existência de espaços verdes é referido como uma característica amiga dos idosos, que de resto também é um fator ambiental com que muitas localidades se preocupam, porém, infelizmente esses espaços são muitas vezes alvo de uma intervenção de manutenção insuficiente por parte das autarquias e por outro lado tornam-se inseguros para os idosos devido à má utilização do espaço, como por exemplo a presença habitual de animais e de atividades desportivas desenvolvidas pelos jovens.

Outro fator importante é a presença de bancos para descansar, que normalmente na via pública são insuficientes, sendo um fator considerado negativo pelos idosos, tendo em conta as dificuldades de mobilização tão comuns a este grupo etário. Aliada a esta questão está o problema dos passeios, onde muito trabalho terá de ser desenvolvido, desnivelando e rebaixando os passeios assim como reduzindo a altura dos mesmos (é de salientar que os passeios são responsáveis pela maior parte de quedas no meio exterior), retirando os carros e substituindo calçadas antigas por novas ou por pisos antiderrapantes, edifícios com rampas de acesso, portas largas, elevadores e uma boa sinalética.

Não existe melhor estratégia para a prática de coaching do que colocarmo-nos no lugar de alguém, e se de fato imaginarmos como vive o idoso, as suas dificuldades de mobilização, as barreiras que lhe surgem, as patologias associadas que o limitam, facilmente encontramos uma panóplia de dificuldades que são comuns à vida diária da pessoa idosa, sendo uma delas o problema da incontinência urinária e da polúria

muitas vezes originária de medicação diurética, nesta perspectiva levanta-se a questão da inexistência ou carência de casas de banho públicas que possibilitem ao idoso recorrer quando vão fazer o seu passeio pelo exterior.

 Participação social: Facilidade de acesso a eventos e atividades comunitárias, fomentando a integração na comunidade, ...”A participação e o apoio social estão intimamente ligados à boa saúde e ao bem-estar ao longo da vida” (Guia Global das Pessoas Amigas das Pessoas Idosas, 2009). De fato a participação dos idosos nas atividades desenvolvidas na sua região permite que estes interajam com as comunidades que lhes são próximas, desenvolvam atividades participativas explorando competências que detêm e que as comunidades podem aproveitar como uma mais-valia de experiência vivida, permite ainda encurtar distâncias relacionais e aumenta o sentimento de partilha e utilidade. Grupos musicais, dança, sessões de esclarecimento, contadores de histórias, passeios, atividades religiosas e muitos outros, são exemplos que são comuns a todas as comunidades.


Muitas vezes são as distâncias e as dificuldades de acesso que servem de obstáculo à participação dos idosos em certas atividades, “...a participação social é mais fácil quando há muitas oportunidades e estas se realizam perto do local de residência dos idosos.” (Guia Global das Pessoas Amigas das Pessoas Idosas, 2009). Também a gratuidade das atividades é manifestado como sendo muito importante para quem auferir já muito pouco dinheiro e tem imensos gastos em medicação, facilitando por isso a participação.

A igreja representa em todas as localidades um meio de acolhimento e de estima para com os seus seguidores e tem-se tornado em várias localidades um meio facilitador no combate ao isolamento, onde as atividades de cariz social permitem a participação de todos numa abordagem de proximidade.

Outra questão muito referida é a inadaptação de horários, pois muitas atividades desenvolvem-se em horários nocturnos, o que dificulta ainda mais a deslocação por parte dos idosos, pela visibilidade mais reduzida ou por exemplo pela falta de segurança. Mas também a divulgação dos vários eventos ou atividades é muitas vezes reduzida e colocada ao dispor em locais pouco frequentados pelos idosos, é bom lembrar que estamos a falar de um grupo etário que passa a maior parte do tempo em suas casas.

Outro fator negativo em que julgamos ser necessário investir é na não adesão dos idosos do sexo masculino às atividades, uma vez que é uma realidade que os homens aderem menos às atividades que se realizam, restringindo-se muito a ações pouco dinâmicas, como jogar à carta ou dominó.

As relações intergeracionais têm-se revelado muito positivas, a partilha e a proximidade de espaços comuns a idosos e crianças gera uma relação saudável, isto pode acontecer com a ida dos idosos às escolas envolvendo-os no contexto escolar, como contadores de histórias e de sabedoria ou o aproveitamento de salas de aula desativadas para criar ateliês para idosos ao lado das crianças, o que constitui um bom exemplo e que contribui para a partilha entre gerações diferentes. “Os idosos transmitem costumes e conhecimentos tradicionais e as suas experiências, enquanto, que os jovens têm para oferecer informação sobre novos hábitos e ajudam os idosos para que estes possam orientar-se numa sociedade em constante mudança.” (Guia Global das Pessoas Amigas das Pessoas Idosas, 2009)

 Apoio Comunitário e serviços de saúde: Acessibilidade dos serviços de saúde, aumento da oferta, oferta adaptada, ... A prestação de cuidados de saúde e apoios na comunidade está diretamente relacionada com as decisões e apostas políticas dos responsáveis da região, que interferem e decidem a localização, diversidade e número de instituições que cada região deve ter, no entanto as pressões locais desenvolvidas pelas comunidades originam sentimentos frutíferos junto de quem governa. É esta ordem de ideias que faz com que existam voluntários que lutam pelo desenvolvimento da sua comunidade, apresentando propostas fundamentadas junto do poder local, para que este a apresente ao poder central, “entusiastas” com muita vontade e dinâmica, que muitas vezes vêm ameaçada a sua motivação por atitudes negativistas que vão superando e acima de tudo sem o intuito de receber qualquer tipo de gratificação.


Esta área é fundamental para a boa saúde e independência dos idosos na sua comunidade, sendo essencial que os cuidados sejam suficientes, acessíveis e de boa qualidade.

No “Guia Global das Pessoas Amigas das Pessoas Idosas”, constituem, temas fundamentais, o acesso a cuidados de saúde e sua diversidade, mas também aqueles que não estão diretamente relacionados com a área da saúde, ou seja o apoio comunitário e os serviços sociais.

As atitudes dos prestadores de cuidados para com os idosos são referidas com frequência de forma negativa no “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, os idosos referem indiferença, pouco afeto e desrespeito na prestação de cuidados, “Quando vinham tratá-la e mudá-la, tratavam-na como uma peça de mobília – sem dignidade, sem respeito”. (idoso - Guia Global das Pessoas Amigas das Pessoas Idosas, 2009) A realidade em relação ao apoio domiciliário prestado pelos Centros de Dia revela, Infelizmente, na maior parte dos casos carência de pessoal para o serviço prestado, manifestando-se por um atendimento com pouca

disponibilidade onde o relógio se torna ferramenta essencial, condicionando a qualidade dos cuidados prestados ao idoso, que pelo contrário, se deviam primar pela excelência.

Outra ideia que se salienta no guia é o voluntariado intergeracional, esta ideia surge da necessidade de existirem mais pessoas para colmatar as deficiências a nível de pessoal que as instituições têm, e além disso permite o alargamento de horários na prestação de assistência em alturas do dia em que as instituições não podem facultar técnicos. Isto já acontece naturalmente com as famílias e vizinhos chegados, mas ainda assim a mobilização do voluntariado é de louvar e ser aplicado em qualquer comunidade.

 Respeito e inclusão social: Oportunidade de partilha nas escolas, reconhecimento do contributo dos idosos pela comunidade, inclusão económica,... Nesta área e analisando as opiniões manifestadas no “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, as opiniões dividem-se, e as atitudes relativamente aos idosos por parte da população em geral são contraditórias, pois se por um lado os idosos se sentem respeitados e reconhecidos, por outro acham que a família e a comunidade os desrespeitam. “Esta mudança pode ser explicada pela mudança da sociedade e das regras de comportamento, pela ausência de contacto entre gerações e pela ignorância generalizada relativamente ao envelhecimento e aos idosos.” (Guia Global das Pessoas Amigas das Pessoas Idosas, 2009).


Normalmente a inclusão social está diretamente relacionada com o tipo de cultura de uma determinada sociedade, a forma como o idoso é reconhecido e respeitado é muito variável de sociedade para sociedade. À semelhança do que se vive nas diferentes sociedades, no “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas” são realçadas algumas opiniões que refletem que os mais novos falam educadamente com os idosos e lhes dão prioridade, sentem-se incluídos na sociedade onde vivem participando em atividades para idosos que a própria comunidade desenvolve, por outro lado também é manifestado que em determinadas sociedades os idosos são tratados com desrespeito e impaciência.

De facto as famílias na sociedade atual têm extremas dificuldades na gestão do tempo para incluírem o idoso nas suas vidas diárias, no entanto o idoso existe e precisa de ser tratado com respeito e dignidade, há que fazer um esforço e retribuir o esforço que eles já fizeram por nós. Os idosos são frequentemente considerados como inúteis e fardos da sociedade, ainda mais se não forem saudáveis. Na nossa região a aposta da rede de cuidados continuados é grande e tem permitido resolver alguns dos problemas que as famílias enfrentam com os seus familiares, principalmente os seus idosos, no entanto, as unidades de cuidados continuados

depressa sobrelotaram. Um dos objetivos das unidades é facultar por um determinado espaço temporal descanso ao cuidador, mas os episódios de desrespeito sucedem-se e revelam acima de tudo impaciência e sentimento de abandono por parte dos familiares que manifestam com frequência a intenção do prolongamento dos seus idosos nas unidades de apoio. É junto da família que o idoso deveria ter o maior carinho e sentimento de alegria, a institucionalização do idoso nem sempre é a solução ideal.

Uma das opiniões manifestadas por alguns idosos no “Guia Global das Pessoas Amigas das Pessoas Idosas” e que julgamos de bastante interesse é o facto de nas escolas ser incluída educação sobre o processo de envelhecimento, principalmente das dificuldades físicas que o idoso enfrenta, assim seria mais fácil perceber o quanto por vezes é difícil realizar tarefas que aparentemente, para os mais novos, são simples.

A realidade do nosso país revela que o idoso, na generalidade, não detém um papel ativo nas decisões públicas, só de formas isoladas o idoso é consultado para opinar e ainda assim de forma pessoal. A longa experiência de vida deveria ser utilizada como uma mais-valia na tomada de decisões das instituições, torna-se necessário incutir este espírito às novas gerações para que aliem aos seus estudos a experiência de quem a tem, permitindo assim o reconhecimento de uma aprendizagem adquirida pelos anos de vida.

 **Habitação:** Modificações segundo as necessidades dos idosos avaliados através do seu grau de dependência. Outra área que se revela de extrema importância é de facto o espaço habitacional em que o idoso vive, é extremamente importante pelo facto de estarmos a falar de um espaço onde o idoso passa a maior parte do seu tempo, numa fase da vida que pode ser acompanhada de grandes dificuldades de mobilização, normalmente acompanhadas de diminuição da acuidade visual e/ou auditiva.

Atualmente o sistema informático SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem) permite-nos através do preenchimento do Instrumento de Avaliação Integral (IAI) monitorizar as avaliações biopsicossociais dos idosos. Esta avaliação é realizada através de uma abordagem com base em instrumentos validados com o objetivo da manutenção e recuperação das capacidades do idoso. É assim possível identificar perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e de hábitos de vida através de questões colocadas ao idoso ou prestadores informais no domínio das queixas de saúde, estado de nutrição, frequência de quedas, locomoção, autonomia física (Índice de KATS), autonomia instrumental (Escala de lawton), queixas emocionais, estado cognitivo, estado social e hábitos.

É fundamental que a habitação apresente condições de segurança e bem-estar favorecendo a independência e a qualidade de vida dos seus moradores.

Na atualidade uma grande percentagem das habitações em Portugal já está abrangida pelos serviços básicos (eletricidade, gás, água e esgotos), no entanto a resolução destes problemas, quando existem, não é fácil, por um lado porque normalmente os idosos não auferem de condições monetárias suficientes para a realização de obras, por outro a arquitetura por vezes dificulta a resolução dos problemas da habitação.

No “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, é referido por alguns idosos que se deveria legislar no sentido das construções das habitações contemplarem características amigas dos idosos, existindo mesmo algumas localidades onde já foram criadas habitações específicas para a terceira idade. Os apartamentos são vistos como entraves à interação com os vizinhos e com a comunidade, e foi identificada a necessidade da existência de habitações multigeracionais. Um excelente exemplo disso em Portugal é a “Aldeia de S. José de Alcalar”, no Algarve, faculta habitações com condições de segurança excelentes para idosos, onde a proximidade entre eles é enorme, num espaço aprazível e de muito bom gosto, mas acima de tudo onde a presença das crianças faz parte do seu dia a dia, interligando gerações, aumentando a partilha e o convívio, sendo um projeto fantástico e um excelente exemplo a replicar.

Embora o guia fale em mais três áreas (transportes, comunicação e informação, participação cívica e emprego), também é verdade que é necessário adaptar o projeto às circunstâncias da localidade onde se vai realizar, por isso julgo, do conhecimento que detenho acerca da população de Baleizão não ser lógico, nesta fase inicial investir muito nestas três últimas áreas.



Transportes:

Quando falamos de transportes na pessoa idosa qualquer curta distância pode ser uma grande dificuldade e qualquer valor a pagar pode ser muito caro, efetivamente a área dos transportes é comum a todas as outras, pois influência a participação social e cívica do idoso nas diversas atividades, tendo por isso uma importância enorme no envelhecimento ativo, razão pela qual decidimos aprofundar mais esta área.


De facto no “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas” é manifestado por parte dos idosos uma importância muito grande ao setor dos transportes: “Os transportes, incluindo os transportes públicos acessíveis e baratos, são um fator fundamental que influencia o envelhecimento activo” (2009). Em especial nas cidades com alguma dimensão a vida das pessoas idosas é condicionada pela

rede de transportes públicos, normalmente o idoso usa pouco o transporte próprio, pois aliado às dificuldades de visão, audição, mobilidade e concentração, os idosos referem serem alvo de desrespeito por parte dos outros condutores por conduzirem devagar, não se sentindo à vontade para circular na via pública.

Na atualidade as cidades já têm uma rede razoável de transportes públicos, embora não se encontrem disponíveis em todas as áreas e em todas as horas, inclusivamente alguns transportes são suprimidos ao fim-de-semana. A facilidade de acesso ao transporte é outra questão manifestada negativamente, pois as condições normalmente não são as adequadas, os autocarros deveriam ter um piso baixo para o acesso e plataformas elevatórias adaptadas às pessoas com maior dificuldade de movimentação.

Outras características importantes são a existência de lugares reservados a idosos ou a sensibilidade dos motoristas em relação aos idosos manifestada por paciência e atenção, ter algum cuidado em parar perto dos passeios ou não arrancar enquanto o idoso não estiver sentado são exemplos disso. Existem relatos de idosos que referem ter medo de cair no autocarro e alguns sugerem a necessidade de formação para os motoristas.

Em muitas localidades é impossível o uso dos transportes públicos pelos idosos, principalmente em hora de ponta, devido a empurrões, insegurança, por essa razão algumas autarquias recomendam o uso dos transportes públicos aos idosos fora da hora de ponta, outras vão mais longe e fornecem apoio monetário aos idosos para que usem os táxis, considerados pelos idosos como um transporte amigo das pessoas idosas, noutras localidades existe o transporte comunitário que é facultado pelos serviços associativos ou comunitários, muitas juntas de freguesia já fornecem estes serviços aos idosos através de transporte programado gratuito.

 **Comunicação e informação:** Um dos principais obstáculos à compreensão da informação escrita por parte dos idosos prende-se com a apresentação visual da informação, textos com letras demasiado pequenas e com linguagem complicada, outro obstáculo tem a ver com o nível de analfabetismo existente nas faixas etárias mais avançadas. Talvez seja esta a razão por que a comunicação verbal é a eleita por unanimidade por parte dos idosos de várias localidades, Independentemente do nível de desenvolvimento da cidade, “a transmissão verbal é o principal meio de comunicação utilizado e preferido pelos idosos...” (Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, 2009).


Apesar da diversidade de meios informativos que existem atualmente, rádios, televisões, jornais, internet, e do acesso mais facilitado a estes meios de comunicação, os idosos continuam a preferir a informação mais localizada, em

cartazes nos pontos-chave como os serviços de saúde, serviços comunitários, salas de lazer, comércio e outros, mas acima de tudo dão preferência à informação verbal. Sendo o telefone considerado fiável, também confiam nas igrejas, associações e centros comunitários.

Outra estratégia interessante é o transporte de informação em rede contínua, ou seja, cada um se responsabiliza por receber a informação e transmiti-la a outra pessoa que por sua vez fica com a incumbência de a transmitir à seguinte.

A informação está intimamente ligada com a participação ativa, pois quem participa tem mais probabilidade de estar informado e vice-versa.

As novas tecnologias como é o caso da internet tem sido muito divulgada ultimamente, inclusivamente têm sido criadas salas de internet em locais estratégicos para idosos, o que é um facto é que o seu uso é muito reduzido por parte dessa faixa etária e o investimento não tem sido justificado, devido às dificuldades já mencionadas anteriormente, sendo inclusivamente, esta tecnologia apontada como um contributo para os sentimentos de exclusão. É importante investir nesta área mas é talvez necessário esperar mais uns tempos, pois as novas gerações de idosos com um nível de escolaridade maior irão ter uma opinião contrária e preferir a internet como principal veículo de comunicação

 Participação cívica e emprego: É muitas vezes referido pelos idosos que após a reforma gostariam de continuar a trabalhar, pela necessidade que têm de ocupação e de continuarem a sentir-se úteis, existindo mesmo alguns que precisam de continuar a trabalhar devido ao valor monetário que auferem não ser o necessário para sobreviverem. Uma localidade amiga dos idosos deve, se possível, fornecer opções de atividades remuneradas ou em regime de voluntariado na comunidade, o que favorece o sentimento de respeito e utilidade.

Embora o desemprego seja elevado até para os jovens, existem cidades com empresas que investem nos idosos para o seu quadro de pessoal devido à valorização e experiência profissional que reconhecem no idoso, existindo mesmo algumas culturas que inclusivamente os colocam em posições de autoridade. O contrário também é uma realidade, pois a maioria das culturas discrimina os idosos no meio laboral, existindo algumas sociedades onde não é culturalmente aceitável que os idosos se empreguem após a idade da reforma.

Para muitos idosos a reforma não significa inatividade pois, eles, frequentemente colaboram em diversas atividades com a família a cuidar dos netos, ou até em atividades de voluntariado, o que contribui para evitar o isolamento, a solidão e a exclusão.

1.4 – DESENHO DO PROJETO

O projeto “Baleizão – Aldeia Amiga das Pessoas Idosas” deve ser desenvolvido na comunidade e para a comunidade, num trabalho conjunto com os vários parceiros e população numa perspetiva de participação e responsabilização. Já em Alma-Ata (1978) era reconhecido “o direito e dever das populações em participar individual e colectivamente no planeamento e prestação dos seus cuidados de saúde.”

Em Baleizão já há muitos anos que existe uma equipa de profissionais de saúde a desenvolver as suas funções, mas é desde Setembro de 2010 que se prestam cuidados de saúde num edifício que apresenta condições excelentes a nível arquitetónico e que foi renovado tendo em conta todas as exigências obrigatórias por lei, as acessibilidades são boas dentro do edifício e no exterior, apresenta condições para deficientes e está bem localizado (centro da localidade). A equipa de saúde, desloca-se duas vezes por semana a Baleizão e presta cuidados de saúde na extensão e no domicílio em várias áreas de atuação e em diferentes classes etárias, num leque abrangente de atuações que vão desde os atendimentos urgentes aos programados a diabéticos, hipertensos, grávidas, crianças e idosos, esta é de resto a ideologia do trabalho em equipa, uma equipa de saúde composta por um administrativo, um médico, e um enfermeiro que prestam cuidados de saúde globais junto do utente/doente, família e comunidade. A equipa de saúde e principalmente o enfermeiro presta cuidados de saúde no domicílio diariamente a nível de tratamentos, mas também na prevenção, sendo que os enfermeiros são vistos como elementos chave para os doentes na orientação dos seus problemas de saúde, mas também nos problemas sociais.

Existe um centro de dia que presta cuidados ao nível da alimentação, vestuário, higiene e limpeza ao idoso na sua residência conforme as necessidades requeridas pelo utente, cuidados que são pagos segundo um cálculo efetuado pelos rendimentos mas que se revela muitas vezes incomportável com as baixas reformas da população, esse centro também presta os mesmos cuidados aos que permanecem diariamente nas suas instalações, no entanto observámos pouca atividade cultural com os idosos e com a comunidade envolvente, por essa razão é um dos objetivos do nosso projeto o estreitar laços e realizar protocolos de colaboração entre o Centro de Dia de Baleizão e os vários parceiros da comunidade no sentido de estimular relações e permitir que os idosos desse centro participem nas várias atividades a desenvolver, por outro lado levar a comunidade ao Centro de Dia.

Na aldeia de Baleizão as calçadas são bastante antigas e representam o principal problema da via pública para a deslocação em segurança das pessoas com mobilidade reduzida, para além disso a aldeia apresenta uma inexistência quase total de passeios e muito menos de passadeiras para peões. As acessibilidades são assim reconhecidas como muito deficientes.

É de referir a importância de locais onde os idosos possam ter oportunidade de contribuir para o aumento da sua mobilidade, por isso a criação de uma pedovia e de um parque geriátrico são objetivos traçados no nosso projeto de intervenção “Baleizão Aldeia Amiga das Pessoas Idosas” e são reconhecidos unanimemente pelos vários parceiros da comunidade como essenciais na localidade. O parque geriátrico deverá ser erguido junto do parque infantil de Baleizão para que o avô se desloque ao parque infantil com o neto ou o neto se desloque ao parque geriátrico com o idoso.

Uma das razões que é referida pelos idosos de Baleizão para evitarem as saídas um pouco mais alongadas da sua habitação é a incontinência urinária, restringindo a sua saída a um espaço reduzido, perto da sua habitação, por essa razão propomos a adaptação de uma casa de banho pública já existente no edifício da junta de freguesia, a meio da localidade, que por acaso coincide com o local escolhido para a implementação do parque geriátrico.

Na área dos transportes não iremos investir muito em termos de atividades a desenvolver para a criação de uma rede de transportes pelo simples facto de ser uma localidade de pequenas dimensões, onde as dificuldades de deslocação não se prendem propriamente com as distâncias, normalmente as deslocações das pessoas com mais dificuldade realizam-se em transporte próprio ou em serviço de táxi, existente na localidade e que cobra uma taxa reduzida.

No entanto inerente às várias atividades planeadas no nosso projeto está de facto o fator transporte: atividade física, consulta de risco metabólico, interligação com o Centro Social do Lidador e outras dependem da presença física dos idosos que neste caso são os protagonistas.

É comum as juntas de freguesia adquirirem carrinhas que facultam à população para as suas deslocações, serviço que não existe em Baleizão mas que pode ser minimizado, através da junta de freguesia local que tem facilidade em requisitar uma carrinha pertencente ao clube de futebol local para deslocações esporádicas.

Muitas das atividades culturais existentes desenvolvem-se em Beja, que dista cerca de 13 quilómetros de Baleizão, por esta razão, também nesta área estão contempladas no projeto alguns objetivos que permitem alterar esta situação, nomeadamente um acordo de colaboração com a Câmara Municipal de Beja no sentido de facultar transporte para os idosos nas deslocações e um acordo de interligação com o Centro Social do Lidador em Beja para os idosos de Baleizão

poderem participar em algumas das atividades programadas por este Centro de Apoio Social aos Idosos. É de referir que esta instituição faculta várias atividades aos idosos a título gratuito, nomeadamente ateliês, passeios, bailes temáticos e de aniversário, hidroginástica e outros.

Outro problema existente é a divulgação das atividades, no nosso projeto pretendemos que toda a divulgação das atividades a desenvolver, além de ser publicada nos meios habituais (rádio, cartazes em locais chave, jornal regional, cerimónias religiosas e outros), seja também realizada através de convite pessoal aos idosos, contando para isso com a colaboração do gabinete social da Casa do Povo de Baleizão, o contacto com os idosos no seu lar permite um contacto personalizado que facilita a relação e proximidade levando assim a que a adesão às atividades seja maior.

Em Baleizão a crença religiosa não é forte, no entanto a Paróquia local, tal como seria de esperar acolhe com carinho este tipo de iniciativas e revela interesse em realizar atividades que contribuam para o combate ao isolamento social. Por essa razão decidimos elaborar uma proposta no nosso projeto onde pedimos colaboração à paróquia local para a criação de um grupo de voluntariado, em Baleizão não existem atividades de voluntariado, embora alguns idosos manifestem essa vontade, as atuais oportunidades situam-se na cidade de Beja, decidimos por isso propor a criação de um grupo de voluntariado no sentido de se deslocar ao domicílio das pessoas mais isoladas, não esquecendo os dados recolhidos do diagnóstico de saúde realizado em 2010, onde foi observado que quem vive sozinho apresenta um maior risco de tristeza e sentimento de solidão, sendo esse risco 2,64 vezes superior.

Os idosos do sexo masculino são mais renitentes a participar nas atividades, sem dúvida que existe aqui um trabalho a desenvolver que vai dar alguma luta, convencer estes idosos a participar, mas acima de tudo procurar criar atividades que os estimulem, nesse sentido apresentamos no nosso projeto algumas ideias úteis para colmatar esta situação, uma delas é a criação de hortas sociais que já existem em muitas localidades e que tem revelado ter uma participação e aceitação muito elevada por parte dos idosos do sexo masculino, ainda mais porque nos foi manifestado interesse, em reunião realizada com a Junta de Freguesia de Baleizão em levar a cabo esta ação, existindo mesmo um terreno com viabilidade.

Sabendo de antemão que a escola local acolhe de bom agrado as relações intergeracionais, também pretendemos que a direcção da escola inclua em algumas das suas atividades a participação dos idosos da comunidade de Baleizão, contribuindo assim para o envelhecimento ativo. O contributo será mais no âmbito da partilha de saberes e experiências vividas.

Em todas as comunidades existem indivíduos dinâmicos e que gostam de trabalhar em prol do desenvolvimento da sua terra, em Baleizão, felizmente também os há, por essa razão é nossa intenção trabalhar em estrita relação com essas pessoas no desenvolvimento do nosso projeto, aproveitando a energia positiva que elas detêm.

Na consulta que a equipa de saúde realiza na extensão de saúde de Baleizão, os idosos manifestam com frequência o desrespeito e falta de consideração que os familiares e comunidade têm para com eles, ignorando-os e olhando para eles como “alguém a mais, passado da validade”. Neste sentido pensamos ser útil traçar como um dos objetivos do nosso projeto a realização de uma sessão de educação à população em geral para os motivar para a necessidade da sua participação ativa na resolução da problemática do processo de envelhecimento.

O retrato das habitações existentes na localidade de Baleizão resume-se a casas antigas, com muitos desnivelamentos, casas de banho no quintal, pisos escorregadios e por vezes irregulares e portas estreitas, muito distante portanto das condições ideais, inclusivamente deveriam existir outros requisitos como a existência de corrimões, superfícies planas, portas largas (que permitam a movimentação de cadeiras de rodas) e outros. A maioria das habitações onde residem os idosos de Baleizão não apresenta condições que garanta a segurança, conforto e por sua vez a independência dos idosos, isto foi verificado aquando das entrevistas realizadas para o diagnóstico de saúde dos indivíduos com 65 e mais anos da extensão de saúde de Baleizão, mas acima de tudo é confirmado pela atividade do enfermeiro comunitário através das visitas domiciliárias a idosos com o intuito de trabalhar o programa de saúde do idoso.

Em Baleizão existem intervenções de apoio muito pontuais nas habitações, dadas as dificuldades que infelizmente se avizinham no nosso país. Atendendo a que são intervenções que requerem muito esforço económico, não elaborámos no nosso projeto nenhum objetivo concreto para a resolução deste problema, no entanto é de salientar que se irá dar continuidade às ações desenvolvidas pela equipa de saúde que desenvolve funções em Baleizão em parceria com a Junta de Freguesia de Baleizão, no sentido de colmatar alguns casos com maior gravidade que sejam identificados pela equipa de saúde nas suas deslocações aos domicílios dos idosos.

Também decidimos não traçar qualquer objetivo no nosso projeto relacionado com a introdução da internet para idosos devido ao grande grau de analfabetismo e devido às prioridades de intervenção em outras áreas mais prementes.

Em Baleizão existe pouca participação dos idosos na sociedade, por essa razão é que os objetivos do nosso projeto se direccionam no sentido de criar atividades a vários níveis que permitam uma integração do idoso em atividades à sua

escolha, estas ações deverão ser de forma contínua, não atividades isoladas que se esgotam num dia, mas com seguimento, organizadas e com sequência, para que os participantes consigam idealiza-las como um projeto nas suas vidas, é o caso das classes de educação física, da interligação com as atividades do Centro Social do Lidador em Beja e todos os outros propostos em objetivos.

1.4.1 – Caraterização da freguesia

A aldeia de Baleizão pertence ao concelho de Beja que fica localizado no distrito com o mesmo nome sendo limitado a Norte pelos concelhos de Cuba e Vidigueira, a este pelo de Serpa, a Sul pelos de Mértola e Castro Verde e a Oeste pelos de Aljustrel e Ferreira do Alentejo.

Baleizão é uma pequena povoação localizada entre a cidade de Serpa e a cidade de Beja, limitada pelos concelhos de Vidigueira e Serpa e pelas freguesias do concelho de Beja, Quintos, Salvada e Neves respetivamente.

Dista 13 Km da cidade de Beja e situa-se junto ao importante eixo viário que liga Lisboa a Espanha, encontrando-se a 47 Km da fronteira espanhola (Vila Verde de Ficalho).

Segundo dados dos censos 2001, a freguesia de Baleizão possui cerca de 1065 habitantes. Atualmente 783 estão inscritos na extensão de saúde sendo 244 com idade superior ou igual a 65 anos. Segundo dados cedidos pelo Gabinete de Encaminhamento Social baseados nos últimos censos, em 2001, para além do elevado envelhecimento populacional, outras caraterísticas socioeconómicas são importantes para caraterizar a população. Salienta-se:

- ✓ Um nível de escolaridade médio/baixo, 26% não possui qualquer nível de ensino, 36,5% possui apenas o 1º ciclo e 4,7% terminou o ensino superior;
- ✓ Um elevado número de famílias são apoiadas pelo Rendimento Social de Inserção (7,9% que corresponde à maior percentagem comparativamente com as restantes freguesias rurais);
- ✓ Um elevado número de crianças e jovens em situação de insucesso/abandono escolar.

Acrescendo a estas caraterísticas socioeconómicas existe uma elevada taxa de desemprego que resulta da baixa escolaridade e do trabalho precário e temporário. Relativamente a equipamentos sociais e infra-estruturas existentes na freguesia constam:

- ✓ Para a população em geral um posto da GNR, uma farmácia, uma extensão de saúde, uma igreja, uma casa mortuária, uma associação cultural e desportiva, uma associação de caçadores, uma associação de jovens e três grupos corais (um feminino, um masculino e um infantil);
- ✓ Na área de infância uma escola do 1º ciclo e um jardim-de-infância;
- ✓ Na área da terceira idade um Centro de Dia e Apoio Domiciliário.

Em termos de infra-estruturas conta-se um campo de futebol, um Polidesportivo e uma Casa do Povo que promovem atividades de carácter social e culturais destinadas a toda a população.

Os dados mais pertinentes e por nós utilizados neste ponto do relatório foram-nos fornecidos pelo Conselho Local de Acção Social – Rede Social de Beja (C.L.A.S.R.S.B.) e estão presentes no Diagnóstico Social do Concelho de Beja em 2004. Têm por sua vez como fontes principais os resultados dos Censos 2001 e do Anuário Estatístico da Região Alentejo 2001, disponíveis no Instituto Nacional de Estatística (INE).

Devido à escassez de dados existente por freguesia iremos utilizar grandemente os dados do concelho de Beja para perspetivarmos um pouco do que se passa nesta freguesia.

De acordo com os resultados dos Censos 2001, o concelho de Beja tem 35 762 habitantes. Comparativamente ao período intercensitário anterior regista-se um ligeiro decréscimo (- 0,2%) (C.L.A.S.R.S.B., 2004, p. 60). Segundo a mesma fonte podemos constatar que entre 1970 e 1981 houve um decréscimo -19% na população residente no concelho de Beja e que a partir de 1981 estagnou e se manteve até 2001.

Relativamente à população residente na freguesia de Baleizão o mesmo documento que teve por base o Censos de 1991 e 2001 refere que neste período também houve um decréscimo de 1236 para 1056 habitantes (- 14,6%), tendência verificada em quase todas as freguesias rurais do concelho de Beja (exceto Santa Clara do Louredo).

Com base nos resultados do Censos 2001 a densidade populacional era de 31,3 habitantes por Km².

Com base no anuário 2001 da Região Alentejo a população do concelho é classificada como muito envelhecida (C.L.A.S.R.S.B., 2004, p. 61).

Outra perspetiva que evidencia o envelhecimento da população é a diferença existente entre os nascimentos e os óbitos. Segundo dados de 2001 ocorreram cerca de 400 nascimentos e 500 óbitos, dos quais 267 eram homens.

A taxa de natalidade em 2000 em Beja era de 11,1% ligeiramente superior à do Baixo Alentejo (9,3%) e inferior à de Portugal (11,7%). A taxa de mortalidade no

mesmo ano em Beja era de 14,4%, no Baixo Alentejo era praticamente idêntica (14,3%) mas um pouco acima da do país (10,3%).

Relativamente aos grandes grupos etários verifica-se que entre o último período intercensitário houve um decréscimo nas faixas etárias dos 0 aos 14 anos (de 18,5% para 14,5%) e na dos 15 aos 24 anos (de 14,4% para 13,8%) enquanto, que nas seguintes se verificou um aumento, sendo este mais significativo na faixa dos 65 e mais anos (de 17,3% para 20,4%). Seguindo esta tendência demográfica facilmente se compreende o fenómeno do envelhecimento.

Relativamente à estrutura familiar no concelho de Beja entre 1991 e 2001 verificou-se um crescimento das famílias com 1 e 2 pessoas e diminuíram as famílias com 5 ou mais elementos, seguindo a tendência nacional.

A freguesia de Baleizão em 2001 apresentava 435 famílias clássicas residentes das quais 110 com 1 pessoa, 142 com 2 pessoas, 93 com 3 pessoas, 69 com 4 pessoas e 21 com 5 ou mais pessoas. Em termos de alojamentos familiares existiam 688 para 686 edifícios (o que significa que duas famílias moravam em barracas pois não existem alojamentos coletivos).

No que concerne ao número de edifícios há a registar que na freguesia em estudo se observou um decréscimo dos mesmos (de 762 em 1991 para 686 em 2001).

Segundo informações colhidas nas entrevistas feitas aos informantes - chave, em 2007 foi realizado um levantamento junto das famílias e verificou-se que na freguesia ainda existiam 3 habitações sem eletricidade e 3 sem sistema de água e esgotos. Atualmente só uma destas situações não se alterou. Existe apenas uma habitação em Baleizão sem luz elétrica e rede de água canalizada.

As ruas são de um empedrado que propiciam as quedas.

Relativamente à saúde em 2004 no concelho de Beja existiam indicadores positivos que acompanham tendências verificadas no país (C.L.A.S.R.S.B., 2004, p. 98): 3,5 médicos por cada mil habitantes. Atualmente está dotado de um Hospital e dois Centros de Saúde (um Sede e outro Unidade de Saúde Familiar). A sede assegura ainda cuidados a 13 extensões.

Em termos de cuidados de saúde primários a oferta à população tem-se revelado de grande importância na complementaridade aos cuidados diferenciados. São prestados serviços médicos de várias ordens: medicina geral e familiar/ clínica geral, (...) ginecologia, (...), planeamento familiar, pneumologia, saúde infantil e juvenil/ pediatria, saúde materna e obstetrícia e outras especialidades (C.L.A.S.R.S.B., 2004, p. 102).

O modelo de trabalho vigente é em equipa (equipas nucleares de saúde: médico, enfermeiro e administrativa) que dão resposta às necessidades das mesmas em todas as valências.

1.4.2 – Finalidades e objetivos do projeto

Um objetivo é um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacte”. (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 79).

Finalidade: Contribuir para o desenvolvimento de atividades de promoção e bem-estar dos idosos de Baleizão.

Objetivo Geral: Estimular o envelhecimento ativo, através da criação de condições de saúde, participação e segurança, que proporcionem apoio e capacitação, reforçando a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Objetivos específicos:

- Implementar consultas de risco metabólico a 65% dos utentes com risco elevado
- Implementar um programa de atividade física a 20% dos idosos;
- Integrar os idosos nas atividades do Centro de Dia de Baleizão;
- Promover a interligação com o Centro de Dia do Lidador, em Beja para que os idosos se inscrevam e participem nas atividades;
- Promover a criação de uma pedovia até Março de 2013;
- Promover a criação de um parque geriátrico até Março de 2013;
- Promover a realização de uma sessão de educação aos cuidadores informais dos utentes com 65 e mais anos inscritos na extensão de saúde de Baleizão, para os motivar para a necessidade da sua participação ativa na resolução da problemática do processo de envelhecimento;
- Facilitar a criação de um grupo de voluntariado, através da paróquia local, no sentido de realizar visitas domiciliárias aos idosos mais isolados.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 77-78), existem dois tipos diferentes de indicadores, os de resultado (ou impacte) medem as alterações verificadas nos problemas de saúde ou a dimensão dos problemas e os de actividade (ou execução) que medem as actividades desenvolvidas pelos serviços de saúde no sentido de atingir os indicadores de resultado. Para isso é necessário fazer a seleção dos

indicadores do problema de saúde, determinar a sua tendência, fixar objetivos a atingir e traduzi-los em objetivos operacionais ou metas.

Indicadores x 100	Valor actual		Meta (Março 2013)		Execução	
	%	Número pessoas	%	Número pessoas	Quem	Quando
<div>Taxa de adesão às consultas de risco metabólico elevado</div> <div>Total de utentes com risco metabólico elevado</div>	0	26	65	17	Equipa de saúde e Nutricionista	Setembro 2012 e Março 2013
<div>Total de utentes com risco metabólico elevado que frequentam a consulta com índice massa corporal >= 29</div> <div>Total de utentes com risco metabólico elevado que frequentam a consulta</div>	41	7	24	4	Equipa de saúde e Nutricionista	Setembro 2012 e Março 2013
<div>Total de utentes com programa de actividade física</div> <div>Total de utentes com 65 e mais anos</div>	0	244	20	50	Professora de educação física	Setembro 2012 e Março 2013
<div>Total de utentes com interligação com o centro de dia de Baleizão</div> <div>Total de utentes com 65 e mais anos</div>	0	244	20	50	Enfermeiro/ Centro de Dia de Baleizão	Setembro 2012 e Março 2013
<div>Total de utentes com interligação com o centro social do lidador</div> <div>Total de utentes com 65 e mais anos</div>	0	244	27	70	Enfermeiro/ Centro Social do Lidador	Setembro 2012 e Março 2013
<div>Total de cuidadores informais dos utentes com 65 e mais anos que compareceram à sessão de esclarecimento sobre o processo de envelhecimento</div> <div>Total de utentes com 65 e mais anos</div>	0	244	50	122	Equipa de saúde	Junho 2012
<div>Total de utentes com transporte cedido pela Câmara Municipal de Beja</div> <div>Total de utentes com interligação com o centro social do lidador</div>	0	70	90	78	Câmara Municipal de Beja	Março 2013

Total de utentes com visitação domiciliária realizada pelo grupo de voluntariado a utentes em situação de isolamento	0	14	95	13	Grupo de voluntariado	Março 2013
Total de utentes com 65 e mais anos em situação de isolamento						

Quadro n 1 – Indicadores e metas

Pormenorizando um pouco mais as metas que nos propomos atingir, atendendo aos indicadores mencionados no quadro acima, pretendemos que:

- 65% (17) do total dos utentes com risco metabólico elevado adiram à consulta de risco metabólico;
- 24% (4) do total dos utentes com risco metabólico elevado que frequentam a consulta de risco metabólico e que apresentam um  ndice de massa corporal ≥ 29 , o reduzam para valores de IMC < 29 ;
- 20% (50) do total de utentes com 65 e mais anos adiram ao programa de actividade física;
- 20% (50) do total de utentes com 65 e mais anos se interliguem com o Centro de Dia de Baleizão;
- 27% (70) do total de utentes com 65 e mais anos se interliguem com o Centro Social do Lidador de Beja;
- 50% (122) do total de cuidadores informais dos utentes com 65 e mais anos que compareçam   sessão de esclarecimento sobre o processo de envelhecimento;
- 90% (78) do total de utentes com interligação com o Centro Social do Lidador seja cedido transporte com periodicidade mensal para este centro, pela Câmara Municipal de Beja;
- 95% (13) do total de utentes com 65 e mais anos em situação de isolamento, seja visitado pelo grupo de voluntariado.

1.4.3 –  rea de influência

Este projeto pretende abranger de forma direta os indivíduos com 65 e mais anos residentes em Baleizão, e de forma indireta, todos os residentes em Baleizão. A abrangência que este tipo de projeto tem nas localidades onde é implementado alarga-se a toda a população residente pois melhora serviços e espaços exteriores, acessibilidades e outros que permitem n  só aos idosos usufruir das intervenções

realizadas. Por outro lado o fomento da participação social e inclusão dos idosos nas atividades da comunidade de diversas faixas etárias, fomenta a partilha e troca de experiências, em que certamente todos beneficiam.

1.4.4 - Stakeholders

Stakeholders ou partes interessadas ou intervenientes num projeto, referem-se a quaisquer pessoas ou entidades que afetam ou sejam afetadas pelas atividades planeadas, sendo elementos essenciais no planeamento estratégico de qualquer projeto que se queira de sucesso. Uma organização que pretende ter uma existência estável e duradoura deve atender simultaneamente as necessidades de todas as suas partes interessadas.

Para a elaboração do nosso projeto julgamos ser oportuno contactar alguns intervenientes que direta ou indiretamente possam facilitar e permitir a execução do mesmo: Diretor executivo do ACESBA; Enfermeiro Vogal da Direção; Direção da USF; Nutricionista; Equipa de Saúde da Extensão de Baleizão; Presidente da Casa do Povo de Baleizão; Presidente da Junta de Freguesia de Baleizão; Assistente Social da Casa do Povo de Baleizão; Diretor do Centro de Dia de Baleizão; Diretor do Centro de Dia do Lidador, Câmara Municipal de Beja; Paróquia local; Colegas que de qualquer forma integrarão o Grupo de Projeto; Colegas das equipas nucleares de saúde.

1.4.5 - Planeamento da execução

1.4.5.1 – Atividades a desenvolver

A seleção das atividades a desenvolver permite escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar determinados objetivos. Pretende-se com esta etapa conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas considerados como prioritários e atingir os objetivos. Para tal resolvemos usar a WBS que se encontra dividida em quatro fases: a Validação de requisitos, a Criação do desenho, a Implementação do projeto e a Avaliação (anexo I)

Das principais etapas a desenvolver destacam-se as reuniões com os stakeholders que são de importância fundamental e determinantes para todo o processo de desenvolvimento de qualquer projeto de intervenção, tal como já referido

em capítulo anterior. Para tal e para que o projeto seja aprovado é importante apresentar o projeto e fundamentá-lo, definir que estratégias serão utilizadas para a sua execução assim como o mesmo vai ser avaliado (metas e indicadores). Com estas reuniões pretende-se avaliar o interesse manifestado pelo projeto e apurar as colaborações que nos vão conceder. Outra etapa importante é o planeamento dos recursos (pessoas, tempo, equipamento, custos), o que nos leva a estabelecer restrições e recolher sugestões de alteração para que no final se possa submeter o projeto à candidatura.

Ao elaborarmos o desenho do projeto temos que definir as funções de cada elemento no mesmo, como o vamos divulgar (jornais, rádios, panfletos e outros), realizar uma lista do material necessário, elaborar proposta de orçamento para a sua aquisição e adquirir o material necessário.

Quando temos reunidas as condições à que implementar o projeto, para isso deveremos primeiro instalar o material e o equipamento adquirido pedindo colaboração, depois apresentar publicamente o mesmo e recolher sugestões, finalmente depois de ultrapassadas todas as dificuldades iniciar as atividades planeadas.

A avaliação deve ser realizada normalmente ao fim de um ano após o seu início e se possível deve contemplar uma avaliação a meio. Para isso é necessário reunir os dados registados, trata-los e analisá-los, elaborar um relatório de avaliação e por fim divulgar os resultados obtidos.

Também o cronograma de atividades é considerado importante e imprescindível para a elaboração de qualquer projeto, ele não é mais do que um instrumento de planeamento e controle semelhante a um diagrama onde detalhadamente se define as atividades a desenvolver durante um determinado período, por isso achámos ser importante apresenta-lo no nosso projeto através do Diagrama de Gant (Anexo 2)

1.4.5.2 - Atividades desenvolvidas/em desenvolvimento

Uma das áreas a considerar numa cidade amiga do idoso é o apoio comunitário e serviços de saúde, sendo a área que nos está mais próxima, torna-nos mais fácil intervir, programar e planear a sua execução, quer em atuações exclusivas da nossa prática, quer em projetos em que a envolvência dos pareceres seja confinada aos nossos serviços. Por esta razão já foi possível dar início a uma atividade na área da saúde, integrada no nosso projeto. Esta atividade é a

implementação de uma consulta de risco metabólico na USF (unidade de saúde familiar) Beja extensão de saúde de Baleizão.

Nos cuidados de saúde primários a prevenção tem uma importância significativa e é aquela a que se devia conceder alguma prioridade. Algumas enfermidades dependem de um planeamento bem definido e estratégico para que as complicações tardias da doença possam minorar. Por outro lado o planeamento deve estar na base de todas as intervenções realizadas, que se pretendam de sucesso.

A realização desta atividade integrada no projeto de intervenção comunitária “Baleizão-ALDEIA AMIGA DAS PESSOAS IDOSAS”, tem por base o diagnóstico de saúde dos indivíduos com 65 e mais anos da Extensão de Saúde de Baleizão realizado em Maio de 2010, já referido anteriormente.

De acordo com a análise do Plano de Actividades do ACESBA do ano de 2010 constata-se valores de incidências desfavoráveis relativas a vários problemas de saúde no Baixo Alentejo, sendo o peso corporal médio dos residentes 6% superior à média nacional.

O risco metabólico é atualmente considerado um indicador importante e nunca a obesidade foi um tema tão atual, assim como a presença de nutricionistas nos serviços de saúde considerada tão importante. De facto o excesso de peso está relacionado, a nível mundial com o agravamento e desenvolvimento de várias doenças, sendo a obesidade responsável por 30% das doenças coronárias e 75% de novos casos de diabetes tipo II.

Em Portugal a realidade é igualmente preocupante pois num estudo da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, efetuado entre 2003 e 2005, a 8116 pessoas, dos 18 aos 64 anos evidencia que 39,4% tinham excesso de peso (IMC entre 25 e 30) e 14,2% obesidade (IMC superior a 30). Atendeu-se neste estudo também à gordura abdominal, responsável pelo aparecimento de doenças como a hipertensão, diabetes, doença coronária ou acidente vascular cerebral, tendo-se encontrado um valor preocupante de 45,6% de pessoas com um aumento da cintura, que permitiu classificar o risco cardiovascular em elevado. Deste estudo sobressai nas conclusões que: “é preciso conjugar o incentivo à actividade física, com a adopção de uma alimentação equilibrada e pobre em calorias”. (Medina, 2008)

Em 2003, Portugal era um dos países da União Europeia com um estilo de vida sedentário, (Varo et al , 2003) com baixos níveis de atividade física e onde se verifica um aumento da prevalência da obesidade devido à mudança de hábitos alimentares à base de vegetais, leguminosas e frutos para uma alimentação de grande densidade energética rica em gorduras e hidratos de carbono.

Ao nível da prevenção a intervenção pode dividir-se numa perspetiva micro ou macro. A micro intervenção (ao nível do utente) baseia-se na identificação das pessoas com risco através da identificação do padrão alimentar e do nível de atividade física, numa perspetiva macro (ao nível social) deve-se focar a atenção nas “campanhas para promover mudanças do estilo de vida e dos hábitos nutricionais” (Cardoso, 2009, p. 39) e atenção especial na promoção da saúde e controlo das doenças crónicas.

Na última década, muito se tem investigado isoladamente sobre o tratamento dos doentes hipertensos, diabéticos, doentes com dislipidémias e dos obesos, uma vez que cada um destes fatores agrava problemas de saúde diagnosticados. No entanto, a tendência atual é investigar a sua existência simultaneamente na mesma pessoa assim como as formas de prevenção.

Não existe uma definição universal da síndrome metabólica (SM), a sua definição depende das entidades em questão. No entanto, várias entidades, referem que a síndrome metabólica surge quando existem vários fatores para o aparecimento da doença cardiovascular e da Diabetes Mellitus, como:

- Insulino-resistência
- Obesidade
- Dislipidémia aterogénica
- Hipertensão

A identificação dos fatores de risco para a doença cardiovascular, como a obesidade, hiperglicémia, hipertensão arterial sistémica e dislipidémia, permitem conhecer a predisposição para a doença coronária, enfarte agudo do miocárdio ou um acidente vascular cerebral. Relacionado com estes fatores de risco co-existe a síndrome metabólica. Também denominada em Portugal como a síndrome de insulino-resistência, esta possui variados critérios para o seu diagnóstico, estando relacionados com a obesidade visceral, a diabetes e o alto risco de mortalidade e morbilidade cardiovascular (Cruz & Pereira, 2009, p. 135).

O risco metabólico é expresso pela obesidade abdominal, hiperglicémia, triglicerídeos elevados, baixos níveis de HDL-C (High Density Lipoprotein Cholesterol) e pressão arterial elevada, pode-se afirmar que a síndrome metabólica surge quando pelo menos três destes cinco critérios estão presentes.

Sendo a síndrome metabólica uma manifestação primária da ingestão excessiva de calorias e de falta de atividade física, a sua prevenção foca-se no estilo de vida, ou seja, no comportamento da pessoa para o controlo do peso e realização de atividade física regular.

O fator de risco mais significativo para a síndrome metabólica é a obesidade, A primeira linha do tratamento da síndrome é a redução do peso (Firdaus & Lyons,

2007). Com a redução do peso surgem os benefícios associados aos fatores de risco como a hiperglicémia, dislipidémia e pressão arterial elevada.

A redução do peso em pessoas com mais de 65 de anos consegue-se através da redução da ingestão de gordura e hidratos de carbono. A dieta deve ser personalizada para que seja criado uma redução de 500 a 1000 Kcal/dia originando uma redução de peso (Firdaus & Lyons, 2007). Associado à dieta deve ser prescrito um regime de atividade física de 30 a 45 minutos, 3 a 5 dias por semana, para que se reduza o risco metabólico, diminua a gordura abdominal e melhore a função cardiorespiratória. O aumento da atividade física deve ser gradual, inicia-se lentamente e aumenta de acordo com a tolerância da pessoa. Em pessoas com risco metabólico a conjugação das recomendações alimentares e de atividade física são essenciais para a prevenção das complicações associadas ao mesmo (pressão arterial elevada, hiperglicémia, níveis elevados de colesterol, baixo HDL). O valor do perímetro abdominal e do IMC (Índice de Massa Corporal) devem ser utilizados para avaliar o risco metabólico, embora a monitorização do peso e a sua variação (diminuição ou aumento) seja por si só suficiente para avaliação do impacto das estratégias prescritas. Esta diminuição do peso deve ter como objectivo 10% abaixo do peso da linha de base (*National Heart, Lung and Blood Institute*, 2007).

A nossa estratégia passa pela criação de uma consulta específica denominada “Consulta do Risco Metabólico”, onde serão seguidas as pessoas com risco metabólico (com pelo menos três critérios de diagnóstico).

O grupo de trabalho que de uma forma ou de outra deverá envidar esforços no sentido da execução desta actividade é constituído por: Enf.º Luís Rosa (gestor); Dr. Luís Coentro; Nutricionista Dra. Ana Margarida.

Esta consulta será efetuada pela equipa de saúde da extensão de saúde de Baleizão e pela nutricionista da ULSBA (Dra. Ana Margarida). As consultas de risco metabólico irão decorrer quinzenalmente no período da manhã durante 2 horas e serão realizadas em grupo de 15 utentes marcadas pelo médico e/ou enfermeiro consoante a urgência de cada caso e o algoritmo de seleção dos utentes para a consulta de risco metabólico. A orientação alimentar, será da responsabilidade da nutricionista.

Algoritmo de selecção dos utentes para a consulta é o seguinte:

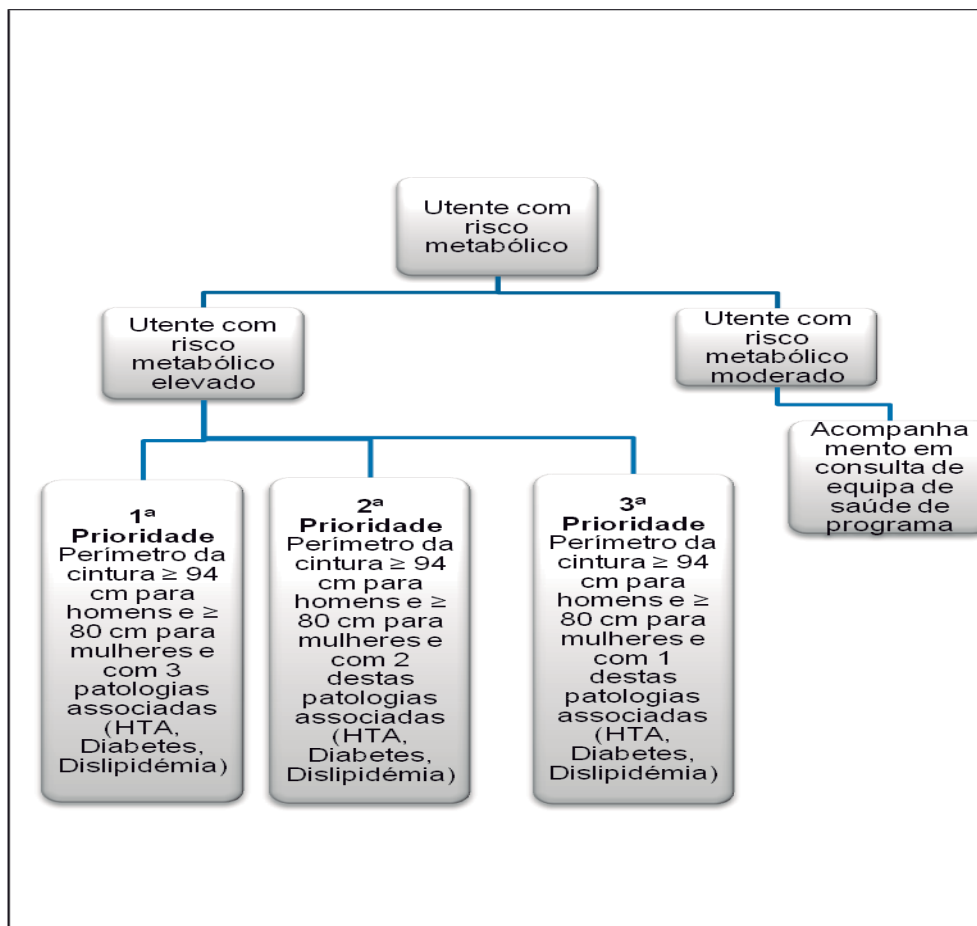


Ilustração nº 1 – Algoritmo de seleção dos utentes para a consulta de risco metabólico

Através desta nossa atividade pretendemos reduzir o índice de risco metabólico (IRM) dos utentes idosos inscritos na extensão de saúde de Baleizão. Os dados recolhidos do diagnóstico de saúde realizado em Baleizão, em Maio de 2010 indica-nos que 47,2% dos homens apresentam um IRM moderado e 36,1% elevado, assim como as mulheres que se situam perto dos 100% com IRM elevado (Perímetro Abdominal > 102 cm). Porém julgamos ser necessária a avaliação do IRM na primeira consulta e reavaliações posteriores.

O estudo da síndrome metabólica é essencial para se prevenirem as doenças cardiovasculares e as sequelas que as mesmas originam. Não existem ainda consensos sobre o seu tratamento, mas sobre a sua etiologia cada vez existem mais certezas. Para além da predisposição genética, idade (determinantes, biológicos, genéticos ou ambientais) existem determinantes associados ao estilo de vida e comportamento, que são característicos da sociedade actual.

Sabemos que o estilo de vida sedentário e a alimentação incorreta, são decisivos para o aparecimento da síndrome metabólica, logo para retardar o aparecimento das doenças do metabolismo é imprescindível a prevenção através da

modificação para um de estilo de vida menos sedentário e uma alimentação o mais saudável possível.

Para os utentes obesos, perder peso, é sinónimo de privação, de angústia, sacrifício e ao mesmo tempo de necessidade. A dificuldade mais verificada não é só a identificação dos alimentos proibidos (sal, gorduras e açúcares) mas também o tipo de refeições tradicionais do Alentejo (as açordas, enchidos, migas ou os cozidos), qual a melhor forma e frequência de os consumir para que não se deixe de ter prazer pelo paladar e se continue a respeitar uma alimentação o menos calórica possível.

Entende-se que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve possuir características que consigam motivar os parceiros comunitários, implementando atividades desta natureza conferindo visibilidade aos cuidados de saúde.

Pelo exposto, e tendo em consideração os ganhos em saúde decorrentes da aplicação desta atividade em termos comunitários; a interação dos diferentes elementos da população, o seu envolvimento e capacitação; a exequibilidade desta atividade com uma relação custo-benefício baixa; a grande adesão esperada dos utentes e o excelente envolvimento dos profissionais de saúde que nele participam; o potencial âmbito concelhio ou distrital que possa vir a ter, esta atividade já foi aprovada pela Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (Anexo III).

Outras ações já em curso são os diversos contactos efetuados com os vários pareceres da comunidade, Junta de Freguesia de Baleizão, Casa do Povo de Baleizão, Centro de Dia de Baleizão, Paróquia de Baleizão, Centro Social de Lidador de Beja, e Câmara Municipal de Beja. Estas reuniões destinaram-se primeiro que tudo para apresentar o pré-projeto do projecto de mestrado que estamos a pensar implementar em Baleizão e auscultar sensibilidades dos vários pareceres, que são essenciais para que o projeto tenha futuro. Em todas as reuniões o sentimento e interesse foi muito positivo, razão pela qual as reuniões se vão sucedendo e já se avançou com ações que nos permitem atingir alguns dos objetivos específicos a que nos propomos no projeto, nomeadamente na criação da pedovia e do parque geriátrico, mas também na atividade física aos idosos.

Em reunião efetuada em Julho de 2011 no Centro Social do Lidador em Beja, com a presença do enfermeiro Luís Rosa e da Assistente Social Deolinda (responsável pela instituição) foi apresentado o pré-projeto onde foi manifestada a disponibilidade para colaborar em pleno no projeto, integrando nas atividades do Centro do Lidador todas aquelas que sejam positivas para as duas populações de idosos numa estratégia de confraternização, partilha e convívio. Ficou ainda acordado realizar a inscrição, a título gratuito, a todos os idosos de Baleizão, que assim o pretendam para poderem participar em todas as atividades que o centro dispõe,

nomeadamente o acesso às piscinas municipais de água aquecida em classe de ginástica programada, na presença em festas temáticas e nos passeios realizados.

A interligação que se pretende com o Centro de Dia do Lidador em Beja já está a decorrer, na medida em que está relacionada com outras atividades do projeto, nomeadamente com as classes de educação física que se irão deslocar para a realização de hidroginástica, integrados nas classes dessa instituição.

Também em reunião realizada no dia 27 de Setembro de 2011 que contou com a presença de Luís Rosa (enfermeiro a desempenhar funções na extensão de Baleizão), Sandra e Nuno Catarino (professores de educação física), João Cascalheira (presidente da casa do povo de Baleizão), foram discutidos alguns pontos relacionados com o Projeto de Intervenção Comunitária “Baleizão – Aldeia Amiga das Pessoas Idosas”, nomeadamente a criação de classes desportivas para idosos no sentido de contribuir para o aumento da mobilidade dos mesmos, uma atividade a planear conjuntamente entre a equipa de saúde de Baleizão através da escolha dos utentes a integrar o grupo I (com mobilidade regular) e o grupo II (com mobilidade reduzida), a Casa do Povo de Baleizão na cedência de instalações, fornecimento de material para a ginástica e apoio monetário, mas também o contributo monetário da Junta de Freguesia de Baleizão para o pagamento à professora de educação física.

No âmbito do Projeto e após apresentação do mesmo no Gabinete de Desenvolvimento Social em Beja coordenado pela assistente social Ilda Lopes, ficou agendada nova reunião com a presença acrescida dos representantes da Junta de Freguesia de Baleizão, Casa do Povo de Baleizão, Centro Social do Lidador de Beja, e Alentejo XXI que se realizou no dia 3 de Novembro de 2011 e que permitiu que se conseguissem avanços significativos relativamente à criação da pedovia e do parque geriátrico, a representante da Casa do Povo de Baleizão (assistente Social Sandra Bagulho) informou que existe cabimento financeiro para a aquisição de dois aparelhos de ginástica para a construção do parque geriátrico por parte desta entidade. Também o presidente da Junta de Freguesia de Baleizão informou que estão a ser evidenciados esforços no sentido de adquirir mais três aparelhos de ginástica, e ficou acordado que será esta entidade que irá preparar o terreno e instalar o material, junto ao parque infantil.

A deslocação destes idosos às atividades que se desenrolem fora de Baleizão também já está acordada com a Câmara Municipal de Beja, que cede transporte gratuito, irá ser formalizado em Abril de 2012 o protocolo de colaboração.

Também em Janeiro de 2012, os idosos do Centro Social do Lidador em Beja se fizeram deslocar a Baleizão com o intuito de confraternizarem e apresentarem uma demonstração de ginástica aos idosos de Baleizão no sentido de os motivar para o exercício físico e para o início da sua integração nas classes de ginástica em Baleizão.

Os idosos oriundos de Beja tiveram então oportunidade de participar num dia comemorativo que marca informalmente o arranque de algumas actividades do projeto “Baleizão – Aldeia Amiga das pessoas Idosas”, algumas das actividades desenvolvidas foram uma caminhada pela saúde que juntou pequeninos e graúdos no sentido de promover as relações intergeracionais, a apresentação do projeto de intervenção comunitária “Baleizão – Aldeia Amiga das Pessoas Idosas” pelo Enfermeiro Luís Rosa (gestor do projeto), uma palestra sobre a importância do exercício físico seguida de demonstração de ginástica, lanche saudável orientado pela nutricionista que também apresentou conselhos sobre nutrição, apresentação sobre o risco metabólico por um elemento médico e no final um momento musical. Durante a manhã também se realizaram rastreios de Colesterol, Diabetes e Hipertensão. (Anexo IV)

Também já foi possível acordar entre a Junta de Freguesia de Baleizão e a casa do Povo de Baleizão através de protocolo para a cedência de espaço, e apoio financeiro para a elaboração de um contrato com uma professora de educação física, que se deslocará a Baleizão duas vezes por semana para trabalhar com duas classes de idosos com nível de mobilidade e índice metabólico diferentes, diagnosticados através de questionário e avaliação prévia pela equipa de saúde (Dr. Luís Coentro e Enfermeiro Luís Rosa), o protocolo já foi assinado entre as entidades e a atividade física já teve início no mês de Março.

A estratégia usada para a construção da pedovia, parque geriátrico e casa de banho pública é a mesma que tem sido utilizada até agora e que tem revelado alguns frutos, a perseverança sendo a melhor das virtudes por mover todas as outras tem sido proveitosa numa altura crítica em que o país se encontra e que dificulta atingir todos os objetivos que dependam de verbas monetárias. Nesse sentido já foi realizada uma reunião com o Vice-Presidente da Câmara Municipal de Beja onde foi apresentado o projeto e pedida a colaboração na construção da pedovia em parceria com a Junta de Freguesia de Baleizão, mais uma vez a receptividade foi muito boa e inclusivamente foi deliberado que se iria deslocar ao local o arquiteto paisagista da Câmara Municipal de Beja, no sentido de elaborar um projeto para a construção da referida pedovia, essa deslocação já se realizou e em troca de ideias no futuro local da implementação da obra, entre o arquiteto, o presidente da Junta de Freguesia de Baleizão e o enfermeiro gestor do projeto foram recolhidas as informações necessárias para a elaboração do projeto da pedovia que se encontra em fase de execução.

A realização de uma sessão de educação aos cuidadores informais dos utentes com 65 e mais anos para os motivar para a necessidade da sua participação ativa na resolução da problemática do processo de envelhecimento é uma tarefa que requiere a

deslocação de alguns intervenientes como preletores, mas irão ser convidadas individualidades ligadas à temática que não obriguem a custos, devido a pertencerem à mesma instituição de saúde, neste caso a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Por último em relação à criação de um grupo de voluntariado, através da paróquia local, no sentido de realizar visitas domiciliárias aos idosos mais isolados, a estratégia usada é aproveitar o entusiasmo que é evidenciado pela paróquia para em reunião futura escolher os elementos que irão fazer parte do grupo e apoiá-los nas suas deslocações às habitações dos idosos, inclusivamente realizando esporadicamente algumas visitas em conjunto. Neste sentido já foi realizada uma reunião no Seminário de Beja com a presença do enfermeiro gestor do projeto e o Pároco de Baleizão, a ideia mais uma vez foi bem aceite e já existem contactos com algumas pessoas que parecem encaixar no perfil adequado, é de referir que o papel de voluntário que se desloca ao lar dos idosos obriga a que este tenha sensibilidade e literacia suficiente na abordagem dos assuntos e no apoio fornecido, assim como na confidencialidade das questões abordadas.

1.4.6 – Matriz funcional de responsabilidades

Na matriz funcional de responsabilidades dividem-se as atividades pelo grupo de projeto, segundo um quadro de dupla entrada. De um lado os intervenientes no projeto e do outro as atividades a desenvolver, identificando qual o nível de responsabilidade de cada um dos elementos para cada uma das tarefas.

Chave: - E – execução
 - A – autorização
 - C – consultadoria

<div>Elemento G.P.</div> <div>Atividades</div>	Gestor do projeto (Luís Rosa)	ULSBA	USF Beja	Parceiros
Reuniões com os stakeholders e aprovação do projeto	E	A, C	A	
Planear recursos	E	C	C	E, C

Recolher sugestões de alteração	E			
Submeter o projeto à candidatura	E	A	A	A
Definir funções de cada um dos elementos	E	C		C
Definir a divulgação do projeto	E			E
Listar o equipamento e material necessário	E			E
Pedir orçamento para aquisição de materiais e equipamento	E			E
Elaborar proposta de aquisição para material e equipamento	E	A	A	E
Adquirir material e equipamento	E	A	A	E
Programar divulgação do projeto junto dos utilizadores e dos profissionais de saúde	E			
Recolher sugestões de alteração	E			E
Instalar material e equipamento	E	A	A	E
Apresentar publicamente o projeto	E	A	A	E
Fornecer aconselhamento técnico à Junta de Freguesia na criação de uma pedovia e parque geriátrico	E	C		
Tratar e analisar os dados	E			
Elaborar relatório de avaliação	E			
Divulgar resultados	E			

Quadro nº2 – Matriz funcional de responsabilidades

1.4.7 – Orçamento do projeto

Atividades	Tipo de despesa	Nº unidades	Preço Unitário	Custo	Valor Rúbrica
Elaboração de projeto para a Pedovia	Concepção do projecto	1	15000 €	15000 €	15000 €
	Aprovação do projecto	1	0,00 €	0,00 €	
Elaboração de projeto para o Parque Geriátrico	Concepção do projecto	1	3000 €	3000 €	3000 €
	Aprovação do projecto	1	0,00 €	0,00 €	
Implementação da Consulta de Risco Metabólico	Deslocações	520	0,36 €	187,20 €	195,20 €
	Folhetos	400	0,02 €	8,00 €	
Implementação do Programa de Actividade Física	Pagamento ao Professor de Educação Física	96	15 €	1440 €	1440 €
Interligação com o Centro de Dia do Lيدador, em Beja	Transportes	600	0,36 €	216 €	216 €
Total					19851 €

Quadro nº3 – Orçamento do projeto

1.4.8 – Avaliação do projeto

Esta fase do projeto é extremamente importante, é imprescindível que seja executada para que se retirem conclusões sobre as atividades desenvolvidas e as alterações a efetuar para o seu futuro. A avaliação é portanto a última fase do planeamento em saúde. De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), "... avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar". Como tal, os progressos alcançados são comparados com as atividades programadas na fase inicial e com os objetivos e metas marcadas. A avaliação das atividades também serve para melhorar e orientar a distribuição dos

recursos, segundo TAVARES (1990), “Avaliação é a forma sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar, eficazmente.” Sendo a avaliação a fase final do planeamento ela está interligada com a fase inicial, que é o diagnóstico da situação e todos os seus componentes que lhe são adjacentes, portanto, a avaliação tem como objetivo melhorar os programas, rentabilizar os recursos a partir de experiências anteriores.

Apesar de algumas atividades planeadas no projeto de intervenção comunitária “Baleizão – Aldeia Amiga das Pessoas Idosas”, já se encontrarem em execução devido ao grande interesse manifestado pelos parceiros após a apresentação do pré-projeto, o projeto final só estará terminado em Março de 2012 e a avaliação dos objetivos traçados só será efetuada um ano após, ou seja em Março de 2013, embora pretenda a meio do ano fazer um ponto da situação através de uma avaliação intercalar.

A avaliação irá incidir sobre os objetivos específicos traçados e sobre as atividades programadas inicialmente no projeto através dos indicadores e metas.

- Implementar consultas de risco metabólico a 30% dos utentes com risco elevado
- Implementar um programa de atividade física a 15% dos idosos;
- Integrar os idosos nas atividades do Centro de Dia de Baleizão;
- Promover a interligação com o Centro de Dia do Lيدador, em Beja para que os idosos se inscrevam e participem nas atividades;
- Promover a criação de uma pedovia até Março de 2013;
- Promover a criação de um parque geriátrico até Março de 2013;
- Promover a realização de uma sessão de educação aos cuidadores informais dos utentes com 65 e mais anos inscritos na extensão de saúde de Baleizão, para os motivar para a necessidade da sua participação ativa na resolução da problemática do processo de envelhecimento;
- Facilitar a criação de um grupo de voluntariado, através da paróquia local, no sentido de realizar visitas domiciliárias aos idosos mais isolados.

1.5 - LIMITAÇÕES

Na fase inicial de pesquisa sobre o tema para a elaboração do nosso projeto, verificámos que o projeto “Cidade Amiga das Pessoas Idosas” que foi lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005, ia perfeitamente de encontro aos nossos objetivos e enquadrava-se perfeitamente na nossa linha de pensamento. Em

Portugal, a Associação VIDA (Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Ativo), deu início a um Projeto denominado “cIDADES”, que representa o conceito da OMS e que numa primeira fase aplicou uma lista de verificação nos municípios do território continental e ilhas que aderiram ao projeto, sobre os principais problemas encontrados, os idosos apontaram os aspetos positivos e os obstáculos, em relação a oito áreas: Prédios públicos e espaços abertos; Transportes; Habitação; Participação social; Respeito e inclusão social; Participação cívica e emprego; Comunicação e informação; Apoio comunitário e serviços de saúde.

Através do formulário para recolha prévia de informações verificámos que instituições se podiam envolver no projeto (Câmaras Municipais, Associações de Municípios e Associações/Agências de Desenvolvimento Local; Instituições de Ensino e Investigação, particularmente as direccionadas para as questões do envelhecimento na área da saúde e gerontologia, planeamento territorial e acessibilidade; Instituições que prestam serviços a idosos, públicas, privadas, com ou sem fins lucrativos; Associações de/ou representativas da população sénior; Outras, com interesse no tema) e chegámos à conclusão que seria positivo o nosso projeto ser integrado no projecto “cIDADES”.

Após reunião com as entidades locais da região para apurar o interesse nesta situação deparámo-nos com um obstáculo que será o principal entrave a uma possível integração do nosso projeto, contrariamente ao que é perceptível no formulário é necessário efetuar um pagamento de mais de mil euros, o que com a conjuntura atual é quase impossível ser suportada pelas entidades locais de Baleizão; Outro fator negativo e após vários contactos telefónicos com representantes do projeto “cIDADES” são a indefinição sobre as contrapartidas que a adesão ao projeto possa atribuir.

Não obstante esta situação e apesar de alguns, pequenos obstáculos que não merecem referência, o nosso projeto não tem enfrentado grandes dificuldades e tem sido reconhecido e bem aceite por todas as entidades interessadas no mesmo, que se manifestam colaborativos e inclusivamente desejam avançar com brevidade com algumas atividades programadas.

1.6 – QUESTÕES ÉTICAS

O projeto a que nos propomos é bastante abrangente, envolve as entidades locais (freguesia) e centrais (Concelho) num trabalho de parceria com a área da saúde, neste caso representada pelo enfermeiro da equipa de saúde que desenvolve a sua atividade na aldeia de Baleizão, (gestor do projeto), mas acima de tudo os idosos que fazem parte do projeto num processo de desenvolvimento em parcerias.

Logicamente, tudo isto levanta questões éticas que é necessário salvaguardar e que serão sempre tidas em consideração, formalizando os vários pedidos de autorização para que o projeto possa decorrer evitando constrangimentos desnecessários. Pretendemos nas várias reuniões que iremos desenvolver pedir autorização aos vários intervenientes do projeto, para que possa usar dos seus nomes e cargos para divulgação do projeto nos media e para o decorrer do desenvolvimento do projeto. Algumas destas pessoas são certamente os Stakeholders: Diretor executivo do ACESBA; Enfermeiro Vogal da Direção; Direção da USF; Nutricionista; Equipa de Saúde da Extensão de Baleizão; Presidente da Casa do Povo de Baleizão; Presidente da Junta de Freguesia de Baleizão; Assistente Social da Casa do Povo de Baleizão; Diretor do Centro de Dia de Baleizão; Diretor do Centro de Dia do Lidador, Câmara Municipal de Beja; Colegas que de qualquer forma integrarão o Grupo de Projeto; Colegas das equipas nucleares de saúde.

Também é de referir que a aprovação do projeto por parte da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo obrigou a que este fosse avaliado pela comissão de ética da instituição.

1.7 – IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES

O projeto “Baleizão – Aldeia Amiga das Pessoas idosas” é uma iniciativa que reforça a enfermagem como profissão e contribui para a promoção da saúde e prevenção da doença, para além disso facilita a colaboração com outras instituições que se interessam pelo tema, através do empenho pessoal, que verdadeiramente contribui para o envolvimento na comunidade, ao partir para o exterior, trocar ideias e expô-las convictamente divulgando-as nos media locais, permite que o projeto consiga atingir a finalidade a que se propõe, melhor qualidade de vida e de saúde para as pessoas idosas.

A grande abrangência que tem, permite incentivar a colaboração multidisciplinar e descentralizar acções para que os vários intervenientes trabalhem para o mesmo fim, este projeto contribui em larga escala para a promoção da saúde da população de Baleizão, principalmente a população idosa, pois é um projeto que intervém em diferentes áreas de atuação permitindo criar condições em diferentes áreas que irão contribuir para, a médio prazo o grau de dependência dos idosos seja menor. “Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países”. (PNSPI, 2004) O envelhecimento tem que ser pensado ao longo da vida promovendo a saúde e

contrariando os problemas que surgem com práticas saudáveis de exercício físico, alimentação saudável adequada à idade, assim como a inibição ou moderação no consumo de álcool e tabaco, numa perspectiva de reduzir os problemas de saúde, num trabalho conjunto entre o idoso, os familiares e a sociedade envolvente. Sendo a grande aposta do nosso projeto na mobilidade, várias outras funções irão melhorar, contribuindo assim para o controlo das doenças crónicas como é o caso da hipertensão e diabetes, que como já vimos anteriormente detêm uma taxa muito elevada na população idosa de Baleizão. Pensamos que este projeto irá contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, ele vai de certeza contribuir para aumentar a mobilidade, reduzir o número de acidentes por quedas, mas também reduzir o sentimento de solidão e de isolamento contribuindo para contrariar a tristeza que a população idosa de Baleizão apresenta.

Este tipo de intervenção é concordante com o compromisso da enfermagem para os cuidados de saúde primários, “os enfermeiros têm quatro responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restabelecer a saúde e aliviar o sofrimento.” (ICN, 2006)

Ao analisarmos o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, verificamos que na perspetiva actual de envelhecimento da população e consequente acréscimo das doenças crónicas que intervém diretamente nos indicadores de morbilidade, o enfermeiro especialista em saúde comunitária assume um papel preponderante “...fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efectivos ganhos em saúde.” (O.E. 2010)

A aquisição de competências adquiridas ao longo dos anos de experiência profissional e a formação especializada permitem que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária participe nos processos de tomada de decisão dos problemas de saúde, assim como no desenvolvimento de projetos de intervenção, como é o caso do nosso (Baleizão – Aldeia Amiga das Pessoas Idosas”), na comunidade onde presta cuidados.

O ponto 4º (Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública) alínea a e b do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, referem que o enfermeiro: “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (O.E., 2010), desta forma elabora diagnósticos de saúde das comunidades, identificando os

determinantes dos problemas de saúde e suas necessidades definindo o perfil daquela comunidade; estabelece prioridades através de critérios objetivos estabelecendo estratégias; formula objetivos mensuráveis, concebendo estratégias de intervenção adequadas aos mesmos, em colaboração com a sociedade envolvente e tendo em conta os recursos existentes; estabelece programas de intervenção em conformidade com as orientações estratégicas das políticas de saúde atuais, implementando ações envolvendo os responsáveis organizacionais nas intervenções mais complexas, promovendo o trabalho em parceria; avalia os projetos de intervenção, monitorizando e quantificando os ganhos em saúde da comunidade, procedendo posteriormente à reformulação dos objetivos e estratégias.

A contribuição do enfermeiro especialista em saúde comunitária no processo de capacitação de grupos e comunidades, passa na maior parte das vezes pela liderança desse processo pois detém conhecimentos de enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais, utilizando esses conhecimentos nos processos de mobilização e participação das comunidades.

A finalidade do projeto que temos em curso é contribuir para o desenvolvimento de atividades de promoção e bem-estar dos idosos de Baleizão e o seu objetivo é estimular o envelhecimento ativo, através da criação de condições de saúde, participação e segurança, que proporcionem apoio e capacitação, reforçando a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Ao investirmos neste projeto tivemos por base o diagnóstico de saúde da população idosa de Baleizão, realizado em 2010 através de uma amostra estratificada representativa da população e bastante recente, por isso julgamos poder crer que o nosso projeto se baseia em dados fiáveis e validados, permitindo assim que possa ser um contributo para estimular o interesse da enfermagem na investigação.

Por outro lado este projeto poderá servir de contributo para que as escolas de enfermagem o vejam como uma oportunidade de partilha na formação dos alunos, estimulando o interesse dos mesmos em desenvolver a sua atividade futura nos cuidados de saúde primários num âmbito mais alargado, com a comunidade. Mas também na transmissão de conhecimentos acerca deste tema tão atual que é a problemática do envelhecimento e mais pormenorizadamente o envelhecimento ativo, sendo um tema relativamente recente é importante transmiti-lo devido à sua importância num futuro próximo, futuro esse que é o dos alunos recém-formados, é essencial que estes interiorizem a importância que os cuidados primários e projetos deste tipo representam na melhoria de qualidade de vida das populações e não se fixem unicamente nos cuidados hospitalares.

1.8 – CONCLUSÃO

Os cuidados de saúde primários constituem de facto a porta de entrada no sistema de saúde, é o primeiro recurso que as populações têm à sua disposição, normalmente o utente mantém um vínculo para toda a vida com o sistema, quer seja nas situações de saúde ou de doença, os cuidados primários são responsáveis por todos os problemas de saúde dos indivíduos famílias e comunidades, mesmo que seja necessário recorrer aos cuidados secundários são os primeiros que fazem a interligação. A abrangência dos cuidados de saúde primários permite ampliar o conceito de saúde, visitas domiciliárias, ações intersectoriais, intervenções junto das famílias e comunidade, não se limitando ao corpo biológico.

A elaboração de projetos abrangentes permite uma envolvimento global com o mesmo sentido de orientação, um grupo com os mesmos objetivos de atuação caminham para o mesmo fim e partilham experiências e dificuldades, no projeto “Baleizão – Aldeia Amiga das Pessoas Idosas” julgamos ter conseguido incutir este espírito aos vários pareceres da comunidade onde o projeto vai ser aplicado.

As características que se encontram nas localidades refletem os determinantes do envelhecimento ativo, a mobilidade, a paisagem envolvente, a qualidade das habitações, o acesso aos serviços e muitas mais contribuem para a participação social dos idosos e para o empowerment, reforçando a sua auto-estima e diminuindo o isolamento social e o sentimento de tristeza. As localidades precisam de se tornar “normais” para todas as faixas etárias e não só para a população jovem/adulta, por outro lado os utilizadores de espaços públicos têm de respeitar os outros utilizadores que têm os mesmos direitos, dar tempo aos idosos e oferecer ajuda em vez de criticar, também é necessário que os funcionários dos serviços públicos não façam distinção no atendimento aos idosos, as crianças devem ser ensinadas sobre o processo de envelhecimento e sobre o que é ser idoso, resumindo as comunidades devem reconhecer o valor do contributo dos idosos no passado e algum que podem oferecer no presente.

Rodrigues (2009, p. 35) refere que o processo de envelhecimento está associado a fatores biológicos, cognitivos, sociais e ambientais.

A nossa linha de pensamento e de desenvolvimento deste projeto tem assim sempre por base o envelhecimento ativo.

Após esta fase inicial e refletindo sobre os objetivos iniciais, pensamos que são válidos e perfeitamente atingíveis, pois foram elaborados após muita auscultação pessoal junto dos stakeholders, o que permite que consigamos adquirir uma visão real das capacidades de execução. O diagnóstico de saúde efetuado aos indivíduos com

65 e mais anos da extensão de saúde de Baleizão em 2010, no âmbito do I Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, estágio de Enfermagem Comunitária I, permitiu identificar várias necessidades e problemas na população de Baleizão, que proporcionou a escolha da temática para este trabalho de projeto- “Baleizão, Aldeia Amiga das Pessoas Idosas”.

Sendo esta uma população com carências a vários níveis, a abrangência deste projeto permite afirmar que, é sem dúvida uma mais-valia, um dos aspetos mais marcantes do desenrolar do projeto foi sem dúvida o interesse manifestado pela comunidade de Baleizão em toda a sua execução, várias reuniões se efectuaram e permitiram que o desenvolvimento de algumas atividades já se tivessem iniciado, portanto é um projeto que já está a dar frutos, conseguiu unir esforços e interesses comuns para o mesmo objetivo e está a manifestar cada vez mais curiosidade e interesse das entidades da região em contribuir para a boa execução do mesmo.

Considerando que para a sua implementação é essencial o envolvimento, o empenho e a vontade de todas as estruturas da comunidade, é fundamental que todas as fases sejam partilhadas de modo a conjugar esforços para o seu sucesso. É de referir que já foram desenvolvidas várias atividades em conjunto e que têm trazido benefícios para as pessoas e para a comunidade. Por outro lado, é de salientar o grande interesse da Unidade Local de Saúde, manifestado pelo Enfermeiro Vogal da Direção.

Como sugestões para o futuro do nosso projeto propomos que o gestor do projeto (Enfº Luís Rosa) que desempenha funções na extensão de saúde de Baleizão mantenha viva a chama que o tem caracterizado até agora e continue a desenvolver esforços no sentido de manter a interligação com as entidades locais, e se algum motivo profissional o impedir de manter o contacto de proximidade com a comunidade de Baleizão, consiga convencer os responsáveis da USF, ACESBA e ULSBA para se dar continuidade ao projeto. Por outro lado é necessário que após o primeiro ano de implementação do projeto a avaliação seja positiva para permitir ter pretextos de continuidade das ações desenvolvidas assim como para o acréscimo de atividades planeadas, uma delas e de maior envergadura é a possibilidade de a aldeia se candidatar a apoios comunitários para remodelar toda a via pública que atualmente é feita de empedrado irregular, que como é óbvio é um fator negativo para todos aqueles que têm dificuldades de mobilização.

1.9 – BIBLIOGRAFIA

- ACESBA (2009). Plano de Actividades Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Alentejo 2010, não publicado, Unidade Local de saúde do Baixo Alentejo, Beja.
- Active ageing: a policy framework. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002, disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Administração Regional de Saúde do Alentejo (2011), Plano Regional de Saúde do Alentejo
- APMCG (2010). Obesidade. Recomendações de actividade preventivas da APMCG. Recuperado em 2011, Novembro 16. Disponível em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/2009122013543531920.pdf>
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Loures: Lusodidacta.
- Cardoso, H. (2009). Insulino-resistência e estilo de vida. In GEIR, *Manual sobre insulino-resistência*. 3ª ed. Porto: Multitema.
- Casa do Povo de Baleizão, Memória Descritiva e Justificativa (2008). Não publicado, Baleizão.
- Gonçalves C., Ramos V. CIDADANIA E SAÚDE – Um caminho a percorrer.... Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Escola Nacional de Saúde Pública/UNI. Lisboa Maio de 2010.
- CIPE (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ICN Ordem dos Enfermeiros 2005.
- Conselho Local de Acção Social – Rede Social de Beja (2004). *Diagnóstico Social do Concelho de Beja*. Beja.
- Cruz, S. & Pereira, J. (2009). Síndrome metabólica. In GEIR, *Manual sobre insulino-resistência*. 3ª ed. Porto: Multitema.
- Direcção Geral de Saúde – DGS (2004). “Plano Nacional de Saúde 2004-2010”. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde – DGS (2004). “Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas”. Circular Normativa nº: 13/DGCG de 02 de Julho.
- Firdaus, M. & Lyons, T. (2007). Preventing Diabetes and Cardiovascular Disease in Older Adults. *Geriatrics and Aging*. 10(9): 561-568. Recuperado em

2011, Novembro 11. Disponível em:
<http://www.medscape.com/viewarticle/567677>.

- Fundação Calouste Gulbenkian, (2009). “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”. Lisboa.
- <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/10/27/avida/>
- <http://www.age-platform.org/>
- <http://www.7cidades.org/>
- <http://www.7cidades.org/index.php/cidades-amigas-dos-idosos>
- http://www.cm-ferreira-alentejo.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=904&Itemid=576
- <http://www.cm-pacosdeferreira.pt/VSD/PacosFerreira/vPT/Publica/CentroComunicacao/Noticias/projecto+senior.htm>
- http://www.fozcoactiva.pt/imagens/banners/I-Conferencia-Internacional-Cidades-Amigas-dos-Idosos_programa2.pdf
- http://www.maiscidade.com/brochura_maiscidade.pdf
- <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=1>
- <http://www.metronews.com.pt/2011/01/07/evora-acolheu-workshop-%E2%80%9C9Cidades-amigas-das-pessoas-idosas%E2%80%9D/>
- http://www.nytimes.com/2010/07/19/nyregion/19aging.html?_r=1&ref=todayspaper
- <http://www.who.int/en/>
- <http://www.observaport.org/node/70>
- http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm
- <http://www.primeiramao.pt/2011/06/27/a-maia-esta-a-ficar-uma-cidade-mais-amiga-dos-idosos/>
- <http://projectotio.net/>
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Estrutura_anal%C3%ADtica_do_projeto
- http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm
- <http://www.youtube.com/watch?v=1JOe769Gv8U&noredirect=1>
- ICN (1988). Nursing and Primary Health Care: A United Force. Geneva: ICN.
- ICN (2006). ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: ICN.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Edições Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estatísticas Demográficas 2008*. Lisboa.

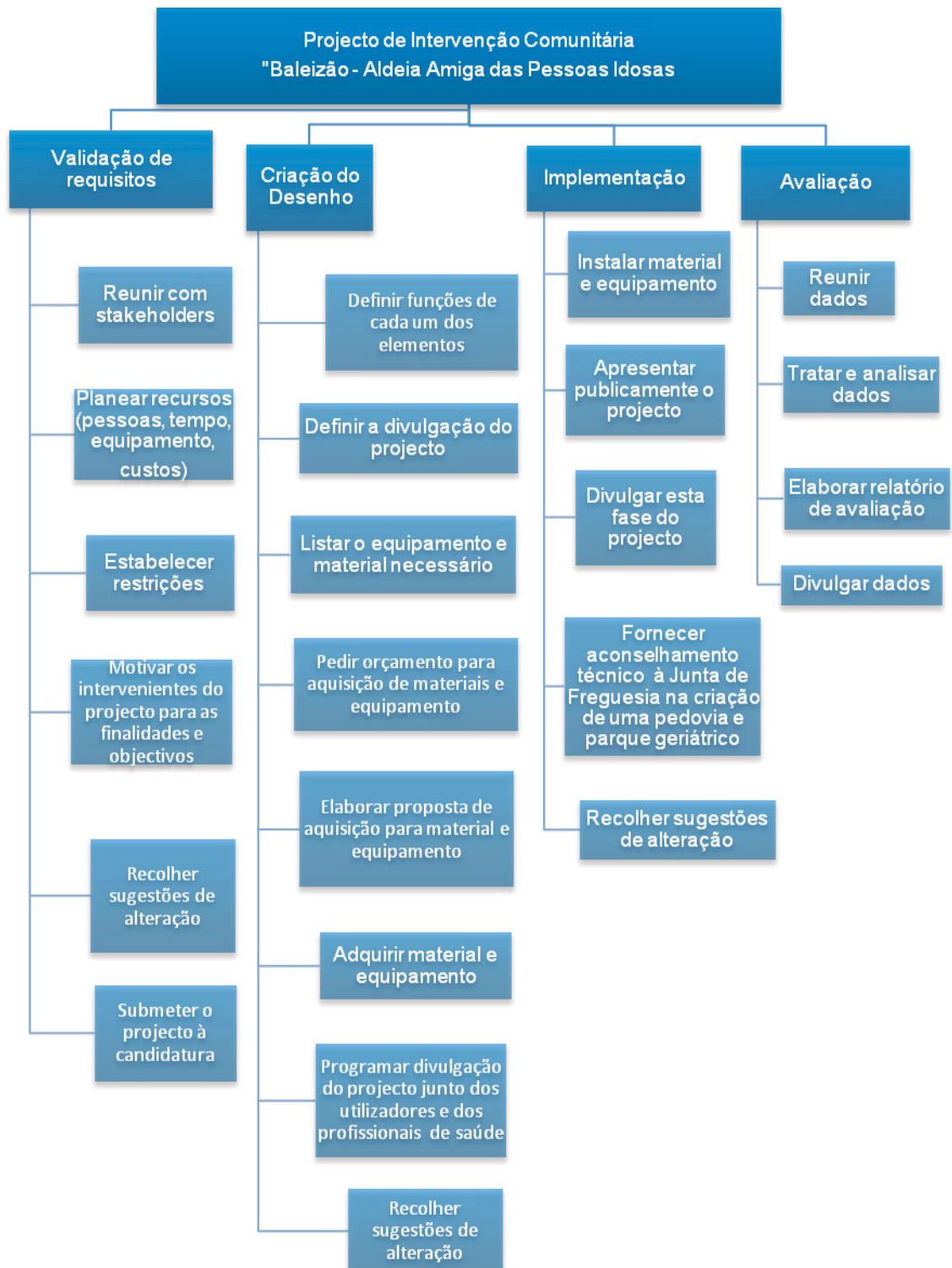
- Medina, L. (2008, Janeiro,23). Obesidade: especialista preocupado com aumento da doença em Portugal. *Público*. Recuperado em 201 Outubro, 29. Disponível em: http://www.publico.pt/Sociedade/obesidade-especialista-preocupado-com-aumento-da-doenca-em-portugal-em-especial-nas-criancas_1317452.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portal da Saúde Pública – Declaração de Alma-Ata. Consultado em 07/10/11. Disponível na Web no site: <http://www.saudepublica.web.pt/>
- National Heart, Lung and Blood Institute (2010). What is metabolic syndrome?. Recuperado em 2011, Outubro 29. Disponível: http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/ms/ms_what.html
- OMS (2010). *Metabolic syndrome in patients with hypertension attending a family practice clinic in Jordan*; Recuperado em 2011, Novembro 2. Disponível em <http://www.emro.who.int/publications/emhj/1604/article5.htm>
- Ordem dos Enfermeiros. *“Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública”*.2010
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *“Servir a comunidade e garantir a qualidade”*. *“Os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários”*. (Hermínia Castro, trad). Lisboa: OE. Obra original publicada pelo ICN. Lisboa 2009
-
- Pan American Health Organization (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)*. Washington, D.C: PAHO.
- Pena, Rui. *“Manual de Metodologia de Planeamento de Projectos por Objectivos”*.
- Rodrigues, E. (2009). Síndrome metabólica: estratégias de prevenção. In GEIR, *Manual sobre insulino-resistência*. 3ª ed. Porto: Multitema.
- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação Comunitária de Idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Bio-Médicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto; Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7168>.
- Sakellarides, Cuidados de saúde primários 2000 - De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal, 2003
- Santos, Eunice et al (2010). *“Diagnóstico de Saúde dos Indivíduos com 65 e mais anos da Extensão de Saúde de Baleizão”*. Beja: Escola Superior de Saúde de Beja.

- Saúde XXI - Programa Operacional da Saúde 2000-2006. União Europeia (2000)
- Stanhope, M.& Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária*. Camarate: Lusociência.
- Stone, D.; Armstrong, R.; Macrina, D.;& Pankau, J. (1999). *Introdução à Epidemiologia*. Alfragide: McGraw-Hill.
- TAVARES, António. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Agrupamento de Centros de Saúde (2010). *Plano de Acção para 2011*. Beja: ULSBA- ACESBA.
- ULSBA (2010). Missão, Visão e Valores da ULSBA. Recuperado em 2011, Setembro 18. Disponível em: <http://www.hbeja.min-saude.pt/Centro+Hospitalar/MissaoValores/>
- UNRIC, Centro Regional de Informações das Nações Unidas, disponível em <http://www.unric.org/pt/>, consultado em 2011, Dezembro 14
- Varo, J. et al (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*; 32: 138-146. Recuperado em 2011, Outubro, 7. Disponível em: http://www.euphix.org/object_document/o5677n29797.html
- World Health Organization, Regional Office for Europe – Copenhagen (2001). *Community Health Needs Assessment*.

ANEXOS

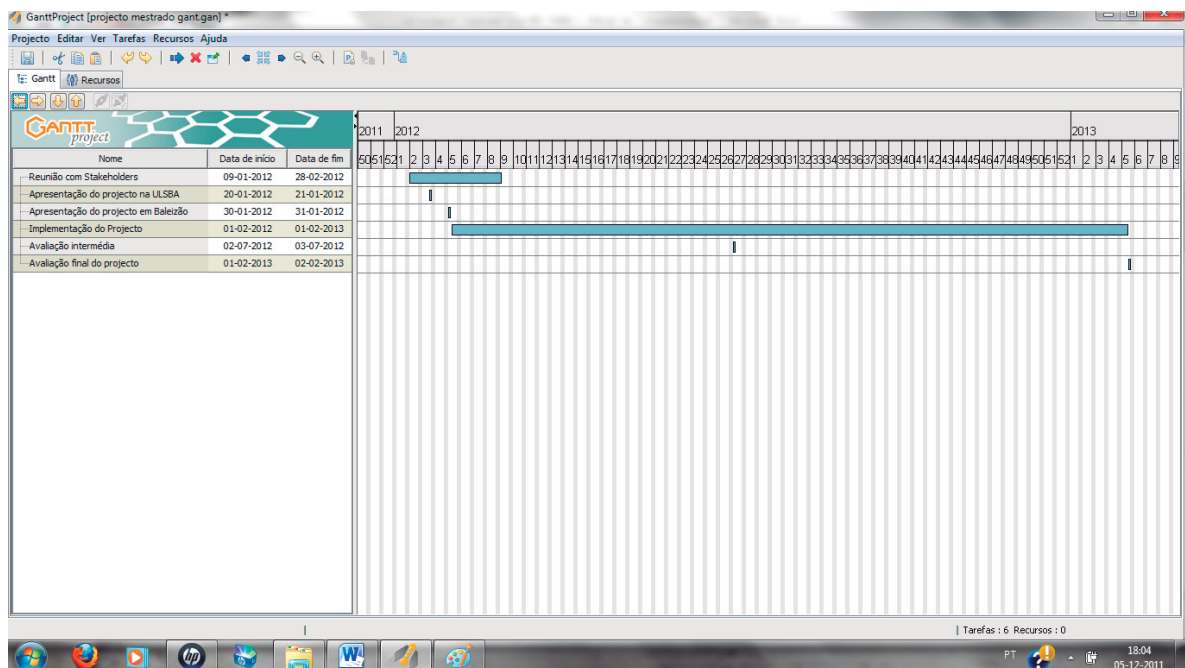
ANEXO I

WBS (WORK BREAKDOWN STRUCTURE)



ANEXO II

Diagrama de Gant



ANEXO III

Acta de aprovação do projecto

Relatório Detalhado da Distribuição: EDOC/2011/66608



Assunto:		Pedido de apreciação e autorização do Projecto de Implementação de uma Consulta de Risco Metabólico na Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja	
Observações:		segue em suporte de papel	
Processos			
Código	Assunto	Estado	
Antecedentes			
Código	Assunto	Data Início	
Registos Associados			
Livro	Ano	Número Assunto	Observações Criado em
INT-ULSBA	2011	5116	Pedido de apreciação e autorização do Projecto de Implementação de uma Consulta de Risco Metabólico na Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja segue em suporte de papel 08-09-2011 16:39:00
Conhecimentos			
Perfil	Nome	Autor	Data
Utilizador	Horácio Feiteiro - ULSBA	José Alvaro - ULSBA	09-09-2011 12:37:46
Utilizador	João Fragoso - ULSBA	José Alvaro - ULSBA	09-09-2011 12:37:47
Etapas			
Descrição	Detalhe		
Distribuição:	EDOC/2011/66608		
Etapas n.º:	1		
Nome:			
Descrição:			
Percursos:			
Estado:	Enviada		
Operações Efectuadas:			
Fase:			
Interveniente:	Helena Rosa - ULSBA		
Executante:	Helena Rosa - ULSBA		
Data de Leitura:	08-09-2011 16:39:30		
Envio:	08-09-2011 16:39:30		
Assinada:	Não		
Documentos:	Nome Assinaturas		
	0015230003.tif		
Cópias Para:			
Parecer/Informação:			
Descrição	Detalhe		
Distribuição:	EDOC/2011/66608		
Etapas n.º:	2		
Nome:			

AUTORIZADO



ACTA N.º 36

27.09.2011

Ponto 10.1

ANEXO IV

Cartaz de apresentação do projecto

“Baleizão – Aldeia Amiga das Pessoas Idosas”

Casa do Povo de Baleizão 26 Janeiro de 2012

9:00 Horas - Caminhada pela Saúde – pequeninos e Graúdos
(distribuição de camisola e água)

10:00 H – Apresentação do projeto de intervenção comunitária
“Baleizão – Aldeia Amiga das Pessoas Idosas” (Enfº Luís Rosa)

10:20 H – A importância do Exercício Físico (Prof. Edgar Calhau)

10:45 H – Demonstração de Ginástica (Centro Social do Lيدador de Beja)

11:15 – Lanche Saudável

11:30 H – Risco Metabólico (Dra. Inês Gornilho)

11:50 H – Conselhos sobre Nutrição (Dra. Ana Margarida)

12:15 H - Momento Musical (Grupo Coral Feminino Terra de Catarina)

12:30 – Rastreio de Colesterol, Diabetes e Hipertensão

Organização: USF AlfaBeja (Enfº Luís Rosa, Enfº.....)

Apoios: Junta de Freguesia de Baleizão; Casa do Povo de Baleizão; Câmara Municipal de Beja; Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo; Grupo Coral Feminino Terra de Catarina; Escola E.B.1/JI de Baleizão; Centro Social do Lيدador.